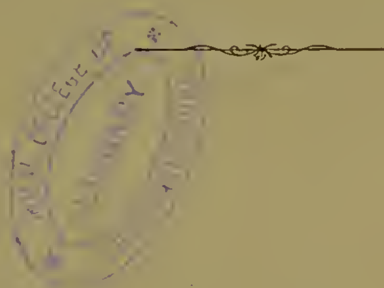
ÉPILEPSIE

FOLIE ÉPILEPTIQUE

PAR

le Dr Jules CHRISTIAN,

MÉDECIN DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON, A SAINT-MAURICE
(Seine. — France).



BRUXELLES,
F. HAYEZ, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
RUE DE LOUVAIN, 108.

1890

MÉMOIRE

ADRESSÉ A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, EN RÉPONSE A LA QUESTION SUIVANTE DU CONCOURS DE 1886-1888 (PRIX FONDÉ PAR UN ANONYME) :

« Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie ».

(Le prix de 8,000 francs, partagé *ex æquo*, a été décerné à M. le Dr Christian, de Saint-Maurice, et à M. le Dr Hare, de Philadelphie.

Extrait des Mémoires, tome X, 1er fascicule.

AVANT-PROPOS.

Il y aura tout à l'heure une quinzaine d'années, je soumettais au jugement d'une Société savante (1) un court mémoire sur les rapports *de la folie avec l'épilepsie :* ce mémoire fut récompensé; mais pas une ligne n'en a été publiée.

Depuis cette époque, continuant mes recherches, observant sans cesse de nouveaux malades, je n'ai pas discontinué un seul instant de m'occuper de la question si obscure et si difficile de l'épilepsie. Des idées que je défendais dans mon premier essai, il ne reste *rien* ou *presque rien :* sur presque tous les points, je suis arrivé à des conclusions nouvelles, différentes, quelquefois diamétralement opposées.

Ce travail est donc, je puis le dire, une œuvre entièrement nouvelle, — je n'ose dire définitive, — mais, si imparfaite qu'elle soit d'ailleurs, destinée, dans sa forme actuelle, à affronter la publicité.

L'Académie royale de médecine de Belgique ayant mis au concours la question de l'épilepsie, je me suis enhardi à lui soumettre mon essai; en daignant le distinguer, l'honorer de ses suffrages, elle a fait à l'auteur le plus grand honneur qu'il pût ambitionner; il y a trouvé pour ses idées la consécration la plus flatteuse.

Je ne prétends pas avoir découvert quelque point nouveau dans la pathogenèse de l'épilepsie, encore moins avoir trouvé un remède sûr à ce mal redoutable. Mais je me flatte d'avoir apporté quelque lumière dans l'histoire, si

(1) L'Académie de médecine de Paris, concours pour le prix Falret, 1876.

confuse, de l'épilepsie et des affections épileptiformes, en m'aidant presque exclusivement de la clinique : la clinique seule, dans l'état actuel de la science, peut nous guider avec quelque certitude.

L'une des grandes difficultés de ma tâche a été de faire un choix dans l'innombrable quantité de documents qui encombrent la science : il n'est pas de jour qu'un journal de médecine ou une revue ne nous apporte quelque observation nouvelle, quelque aperçu ingénieux. Il m'eût été facile de multiplier les citations et de paraître érudit. J'ai cherché au contraire à me limiter. Certains chapitres auraient facilement fourni la matière d'un volume (l'anatomie pathologique, par exemple, encore si incertaine, le traitement, la médecine légale); ce n'est pas sans peine que je me suis borné à quelques pages.

En prenant pour épigraphe : « *Ordo lumen accendit* », j'ai voulu indiquer que, pour apporter quelque lumière dans l'histoire de l'épilepsie, il fallait absolument lui appliquer l'ordre et la méthode sans lesquels il n'existe pas de science : cet ordre et cette méthode, je me suis efforcé de leur rester fidèle.

Enfin, tout en me montrant respectueux des traditions et plein de déférence pour ceux qui nous ont précédés, je me suis cru tenu à une entière liberté d'appréciation ; c'est mon livre que j'ai voulu écrire, non celui des autres. A moi seul toute la responsabilité des erreurs, si je me suis trompé. Au moins me serai-je trompé de bonne foi, et en ne négligeant rien pour arriver à la vérité (1).

(1) Dans mon manuscrit, je m'étais astreint au plus strict incognito; j'ai cru pouvoir y renoncer dans mon mémoire imprimé.

ÉPILEPSIE

FOLIE ÉPILEPTIQUE

Ordo lumen accendit.

INTRODUCTION.

De toutes les infirmités qui affligent l'espèce humaine, il n'en est pas de plus terrifiante dans ses manifestations, de plus déplorable dans ses suites, de plus décevante pour l'art de guérir, — que l'*épilepsie*. Il n'en est pas non plus qui soit plus anciennement connue, qui ait plus vivement frappé l'imagination populaire, ni qui ait été l'objet d'un plus grand nombre de travaux. Innombrables sont les documents qui s'y rapportent; il n'est guère d'ouvrage de médecine où il n'en soit question, et, si je voulais seulement énumérer tous les médecins qui en ont parlé, il me faudrait citer les noms de tous ceux qui, depuis Hippocrate, ont laissé une trace dans la science (1).

S'il faut en croire les anthropologistes, l'épilepsie affligeait déjà nos ancêtres aux temps préhistoriques.

Broca a démontré : 1° qu'à l'époque néolithique, on pratiquait une opération chirurgicale consistant à ouvrir le crâne pour traiter certaines affections internes. Cette opération se faisait presque

(1) Pour en donner une idée, il me suffira de signaler ce fait, que, dans le *Répertoire de Ploucquet* (*Repertorium medicinæ practicæ*, etc. Tubingæ, 1808) l'article *Épilepsie* a une bibliographie de vingt-six pages in-4°, avec trois colonnes petit texte par page ! Il y a en outre neuf pages pour l'article *Convulsion*, souvent confondue, dit Ploucquet, avec l'épilepsie. Et, depuis 1808, quelle masse nouvelle de travaux de tout genre sur le même sujet !

exclusivement, peut-être même exclusivement, sur les enfants; 2° que les crânes des individus qui survivaient à cette trépanation étaient considérés comme jouissant de propriétés particulières de l'ordre mystique.

Recherchant la cause de ces pratiques, Broca a été amené à penser que la trépanation chirurgicale avait été employée comme remède contre l'épilepsie, et pour donner une issue à l'*Esprit* ou *Démon* qui provoquait chez le malade des mouvements désordonnés. Broca a du reste montré que ce procédé était employé autrefois d'une manière courante, comme on le voit dans le curieux livre de Jean Taxil (1).

Si ces vues sont exactes, une double conclusion s'impose : la première, que l'épilepsie a existé de toute antiquité, qu'elle est aussi ancienne que l'homme même; la seconde, que, dès son apparition, elle a produit une impression d'horreur et de crainte, telle qu'on n'a pas cru pouvoir l'expliquer autrement que par l'intervention d'un *Dieu* irrité, qui envoie dans le corps du malade le *Démon* qui l'agite.

Il n'est donc pas étonnant que, du temps d'Hippocrate, l'*épilepsie* fût appelée la *maladie sacrée*, ιερον νοσεμα; non pas, comme cherche à l'expliquer Cœlius Aurelianus (2), parce qu'elle attaque l'âme (*sacram animam*), ou parce qu'elle siège dans la tête, qui, pour beaucoup de philosophes, est le temple *sacré* de l'âme, ou parce que le vulgaire appelle *sacré* tout ce qui lui parait grand; mais bien parce qu'aux yeux de la foule l'intervention de la divinité était évidente, et que tous étaient persuadés qu'une maladie pareille ne pouvait guérir que par des remèdes bénits et des pratiques religieuses (3).

Il faut admirer Hippocrate d'avoir su se mettre au-dessus des préjugés vulgaires, et d'avoir osé écrire : « la maladie sacrée ne » me paraît avoir rien de plus divin ni de plus sacré que les » autres » (4). Mais l'autorité du père de la médecine n'a pu

(1) *Traité de l'épilepsie, maladie vulgairement appelée, au pays de Provence, la gouttete aux petits enfants*. Lyon, 1603, p. 227. — A. DE QUATREFAGES. *Hommes fossiles et hommes sauvages*. Paris. 1884, p. 129.

(2) In HALLER. *Artis medicæ principes*. Lausanne, 1774, t. XI, p. 3, et ARÉTÉE, *Ibid.*, 1772, t. V, p. 1.

(3) *Quod non humana ope tolli queat, sed divina.* (ARÉTÉE, *loc. cit.*, p. 54.)

(4) HIPPOCRATE. *Œuvres*, trad. Littré, t. VI, p. 353.

détruire la croyance populaire (1), qui a persisté à travers les âges, attribuant l'épilepsie à une influence *divine* ou *démoniaque*. Aujourd'hui encore, c'est l'opinion courante chez les peuples non civilisés. Est-il sûr que chez ceux qui sont les plus fiers de leur culture, elle ne persiste, non seulement dans les âmes incultes et ignorantes, mais chez ceux mêmes qui se targuent de la civilisation la plus avancée?

A côté de cette théorie, qui est restée la croyance populaire, il faut placer les théories scientifiques, qui ont varié d'âge en âge, reflétant fidèlement la mode du temps et les doctrines régnantes, et ne durant que ce que duraient les systèmes qui les avaient inspirées.

La divergence des vues théoriques n'a pas empêché cependant que l'épilepsie fût en général bien observée et bien décrite. Cliniquement nous n'avons ajouté que fort peu aux descriptions que nous ont laissées les Arétée et les Boerhaave. Mais nos auteurs modernes ont trop facilement accepté et répété les assertions, souvent erronées, des anciens. Comme le dit Georget : « on n'a point assez présent à l'esprit combien on a abusé de la crédulité des hommes; combien de faits tronqués, controuvés, faux, se trouvent dans les ouvrages, et pour l'explication desquels on se met l'esprit à la torture, tandis qu'il ne faudrait que les considérer comme ils le méritent, et déverser sur les historiens le blâme qu'ils ont encouru (2) ». Aussi nous continuons à nous débattre au milieu de la même confusion, des mêmes erreurs. Nous ne pouvons espérer de jeter quelque lumière dans la question, si difficile et si obscure encore, de l'épilepsie, qu'en soumettant à une critique sévère les documents accumulés depuis des siècles

(1) A chaque page, dans les livres sacrés du Nouveau Testament, cette croyance se fait jour sous sa forme naïve et touchante : « Seigneur, aie pitié de mon fils qui est *lunatique* et misérablement affligé; car il tombe souvent dans le feu, et souvent dans l'eau. » (Saint-Matthieu, XVII, p. 15). — « Un Esprit le saisit, qui aussitôt le fait crier, l'agite avec violence en le faisant écumer, et à peine il se retire de lui, après l'avoir comme *brisé*. » (Saint-Luc, IX, p. 39). — Voir encore Saint-Matthieu, VIII, p. 16 ; — Saint-Marc, I, p. 23; VII, p. 25. — Actes des apôtres, XIX, p. 12, etc.

Je trouve encore un témoignage de cette croyance populaire dans *Don Quichotte*. Quand Sancho est nommé gouverneur de son île, un paysan vient à lui et lui dit : « Seigneur gouverneur, mon fils est possédé du *démon*, et il n'y a pas de jour qu'il ne soit tourmenté trois ou quatre fois par les esprits malins; et de plus, comme il est tombé un beau soir dans le feu, etc » (T. II, chap. XLVII, p. 346, trad. Damas Hinard. Paris, 1876.)

(2) *Physiologie du système nerveux*. Paris, 1821 t. II, p. 365.

Il serait aussi contraire à une sage appréciation de les accepter sans contrôle, que de vouloir faire table rase de tout ce qui vient du passé.

Synonymie. — Peu de maladies ont eu des noms aussi divers. Beaucoup de ces appellations rappellent la croyance à l'origine divine, surnaturelle du mal : *morbus divinus, deificus, lues deifica, morbus demoniaticus, astralis, divinatio, maladie sacrée*, etc.

Dans cet ordre d'idées viennent aussi les dénominations de *mal de saint Jean* (1), *mal de saint Valentin*, — probablement parce que l'on attribuait plus spécialement à ces saints le pouvoir de guérir l'épilepsie.

Tel est encore le terme *morbus lunaticus*, en raison de l'influence attribuée à la lune sur la production et la succession des attaques, — ou parce qu'on supposait le mal envoyé par Diane.

D'autres expressions reflètent, soit une idée théorique : *analepsia* (les Arabes et Lazare Rivière), parce qu'on faisait venir la maladie de l'estomac, opinion déjà formulée dans Hippocrate, Alexandre de Tralles, etc. ; *passio puerilis, mater puerorum* (?), en raison de sa fréquence chez les enfants ; *catalempsia, catoptosis, apoplexia parva*, etc.

Soit une particularité frappante dans les symptômes : *mal de la terre, morbus caducus*, à cause de la chute subite du patient (2) ; *malum magnum, morbus major, haut-mal*, en raison de la puissance irrésistible du mal.

Soit, enfin, une circonstance plus ou moins remarquable s'y rattachant indirectement : *morbus comitialis*, parce que, à Rome, on suspendait immédiatement les comices lorsqu'un citoyen tombait frappé d'épilepsie ; *morbus sonticus, fœdus, scelestus*, à cause de l'idée d'horreur qui s'y rattachait.

J'ajouterai, pour terminer cette énumération, bien incomplète, l'expression *morbus Herculeus*, soit que, suivant Arétée, on ait l'habitude d'appeler herculéen tout ce qui est grand et formidable, soit, au contraire, qu'Hercule en ait été atteint lui-même. De ce

(1) On trouve dans Ambr. Paré une explication bien plus originale : « on le nomme dit-il, *mal Saint-Jean*, parce que la teste de saint Jean cheut en terre lorsqu'il fut décapité, puis posée dedans un plat à l'appétit d'Hérodias. » (*Œuvres*, édit. Malgaigne, Paris 1840, t. II, p. 80.)

(2) Les Allemamds disent : *Fall Sucht, fallende Sucht*, de *fallen*, tomber.

dernier fait, Boerhaave dit qu'il n'y a nulle preuve dans l'antiquité; c'est une erreur absolue : l'*Hercule furieux*, d'Euripide, est un magnifique exemple de fureur épileptique, comme nous le verrons.

Aujourd'hui, l'on ne se sert plus que du terme *épilepsie*, qui vient de ἐπί, sur, et λαμβάνειν, prendre : « C'est un mot grec qui signifie surprise, ou rétention de tous les sentiments, dont il advient que le malade chet en terre, s'il n'est soutenu (1). »

Définition. — L'épilepsie est tellement répandue, tellement commune, que, même dans le vulgaire, chacun s'en fait une idée nette et précise. On se représente l'épileptique comme un individu qui, à intervalles plus ou moins rapprochés, est tout d'un coup, en pleine apparence de santé, terrassé par une attaque convulsive plus ou moins violente (2). On se figure malaisément un épileptique sans convulsions, et toutes les définitions s'inspirent de ce double élément : les attaques convulsives et les intervalles libres.

Mais, en y regardant de près, on ne tarde pas à reconnaître que, dans l'épilepsie, la convulsion est un élément essentiellement variable comme étendue, comme durée, comme intensité; qu'elle peut manquer complètement; qu'on peut la rencontrer, avec les mêmes caractères, en dehors de toute affection épileptique.

D'où cette conclusion forcée que la convulsion n'est pas l'élément obligé, constitutif de l'épilepsie; que celle-ci peut exister sans manifestation convulsive. Il y a, en effet, et Mercurialis les avait déjà signalées, des *épilepsies non convulsives*.

Il est un autre élément, dont l'importance est bien plus grande, qui, lui, ne manque jamais, que l'on trouve dans toute manifestation épileptique, quelle qu'elle soit : c'est la *perte de connaissance*, subite, complète, absolue. C'est cette perte de connaissance

(1) A. Paré. *Loc. cit.*, p. 80.

(2) . . . . . Subita vi morbi sæpe coactus,
Ante oculos aliquis nostros, ut fulminis ictu,
Concidit, et spumas agit, ingemit, et tremit artus,
Desipit, extentat nervos, torquetur, anhelat
Inconstanter, et in jactando membra fatigat.

Lucrèce, *De rerum naturâ*, III, vers 486 et suiv.

qui est le symptôme pathognomonique de l'épilepsie. Il n'y a pas épilepsie s'il n'y a pas cette perte de connaissance.

Certains auteurs l'avaient expressément reconnu : « Tous les épileptiques, dit Sennert (1), ont ceci de commun qu'ils perdent absolument le sentiment et ne conservent aucune idée de ce qu'ils éprouvent. »

Tissot n'est pas moins explicite : « Quelque violentes, quelque générales, dit-il, que soient les convulsions, si elles ne sont pas accompagnées de perte de connaissance et de sentiment, ce n'est point l'épilepsie (2). »

Portal également considère la perte du sentiment et de la connaissance comme un phénomène constant. Et presque tous ceux qui ont écrit sur la matière font entrer ce symptôme dans leurs descriptions, sans toutefois lui reconnaître l'influence prépondérante qu'il doit avoir. C'est lui cependant qui doit figurer au premier plan, qui est le symptôme dominant et caractéristique.

Nous dirons que « toute attaque d'épilepsie a pour caractère d'être soudaine et de déterminer l'abolition complète et instantanée de l'intelligence et de la sensibilité ; il peut s'y joindre des convulsions plus ou moins généralisées, ou d'autres troubles nerveux ».

Divisions. — On peut être épileptique de bien des manières, et Boerhaave a fait la remarque qu'aucune maladie n'offre autant de variétés que l'épilepsie (3). Aussi les auteurs, frappés de ces différences, obéissant à des idées théoriques plus ou moins justifiées, ont classé diversement les épilepsies.

Il serait d'une érudition facile, mais vraiment sans grand intérêt, de reprendre et de discuter toutes ces classifications, que quelques-uns ont poussées au delà de toute limite. Aujourd'hui, on se borne généralement à admettre qu'il existe une épilepsie *essentielle* ou *idiopathique*, une épilepsie *symptomatique* et une épilepsie *sympathique*.

C'est la division proposée par Esquirol et acceptée par Delasiauve.

(1) *Méd. pat.*, t. I, p. 728.

(2) *Traité de l'épilepsie*, p. 16.

(3) *Tam multiplex et tam varius in diversis, ut nullus alius morbus sit tam polymorphus.* (*Loc. cit.*, p. 637.)

L'épilepsie *essentielle* est celle qui se manifeste seulement par les troubles fonctionnels, sans qu'il existe aucune lésion appréciable à laquelle on puisse les rattacher. Il est clair que cette forme, surtout fréquente pour les anciens, est devenue de plus en plus rare à mesure que l'anatomie pathologique a fait des progrès.

L'épilepsie *symptomatique* est celle que l'on peut attribuer à une lésion cérébrale manifeste : tumeur, plaie, fracture du crâne, foyer de ramollissement, etc.

Enfin, par épilepsie *sympathique*, on doit entendre celle qui se produit par l'irradiation d'impressions anormales siégeant dans une partie éloignée du corps, autre que l'encéphale. Telle l'épilepsie qui serait causée par la présence d'un ténia dans l'intestin, par la blessure d'un nerf sensitif de la face ou des membres, etc. On l'appelle aussi épilepsie *réflexe*.

Cette division a été critiquée; on lui a reproché d'être artificielle et insuffisante, et rien assurément n'est plus aisé que d'en signaler les lacunes et les inconvénients.

Tout d'abord, il est évident qu'il ne saurait exister d'épilepsie *essentielle*, au sens propre du mot, c'est-à-dire sans lésion. Il faut qu'il y ait toujours, et dans tous les cas, altération du cerveau, puisque ce sont les fonctions cérébrales qui sont atteintes. La lésion existe, alors même que nos moyens d'investigation, incomplets et imparfaits, ne nous permettent pas de la déceler.

L'épilepsie *symptomatique* paraît moins discutable : un malade a une lésion cérébrale, gomme, exostose, tumeur, foyer de ramollissement, etc., et en même temps il éprouve des attaques d'épilepsie. Quoi de plus naturel que de faire dépendre celles-ci de celles-là, avec d'autant plus de raison que fort souvent la guérison de la lésion cérébrale est suivie de la disparition de l'épilepsie! Mais on doit remarquer que les mêmes altérations du crâne, des méninges, du cerveau, ont pu être observées un nombre infini de fois, sans être accompagnées d'aucune manifestation épileptique. Il faut donc reconnaître que l'attaque d'épilepsie tient à une autre cause, plus mystérieuse, plus profonde.

Cette objection est encore bien plus applicable à l'épilepsie dite *sympathique*. On ne saurait nier que l'attaque d'épilepsie ne puisse être la conséquence d'une irritation nerveuse périphérique. Mais, outre que le fait est beaucoup plus rare que ne semblaient le

croire les auteurs anciens, il est encore de toute évidence que les altérations observées dans un organe quelconque peuvent bien être l'occasion de l'attaque d'épilepsie, mais qu'elles n'en sauraient être la cause directe.

A vrai dire, il n'existe qu'une *seule et même épilepsie*, toujours une et identique à elle-même; chaque fois que l'attaque épileptique se produit, le cerveau est modifié d'une seule et même façon. Cela me paraît indiscutable.

Mais l'attaque épileptique, ce syndrome nettement défini, peut se combiner avec une foule d'autres éléments morbides, et dans les proportions les plus variables : c'est ainsi que peuvent être constitués les différents types d'épilepsie (1).

C'est là un fait ordinaire en pathologie. Le *délire*, pour en citer un exemple, est un syndrome qui, à lui seul, caractérise l'aliénation mentale. Mais est-il un état pathologique, si léger soit-il, dans lequel le délire ne puisse apparaître à titre de complication accidentelle et passagère? C'est toujours au fond le même trouble morbide, et certainement aussi la même altération cérébrale; mais, tantôt le délire est l'élément essentiel de la maladie, qu'il caractérise à lui seul, tantôt il n'en est qu'une complication accessoire. Et il ne tire toute sa signification que des éléments morbides auxquels il est associé.

Je pourrais en dire autant de la *fièvre* et de tous les syndromes qu'étudie la pathologie générale.

L'*accès épileptique*, que l'on trouve avec ses caractères fondamentaux chez tous les malades auxquels nous donnons la qualification d'*épileptiques*, doit, comme les syndromes dont je viens de parler, être étudié à part, et indépendamment des éléments morbides auxquels il peut être associé.

(1) Cette idée se trouve déjà dans Bouchet (*Ann. méd. psychol*, 1853, p. 245) : « Simple symptôme, dit-il, qui accompagne une foule de maladies diverses, cette affection (l'épilepsie) ne devrait plus être considérée comme une maladie essentielle, pour laquelle il n'y a pas plus lieu de rechercher la cause directe dans un inconnu introuvable, etc... ».

I.

DE L'ACCÈS ÉPILEPTIQUE.

Tous les auteurs reconnaissent que l'accès épileptique peut se présenter sous diverses formes, mais ils ne sont pas d'accord sur les variétés qu'il convient d'établir.

Ainsi Delasiauve admet la *grande attaque* ou l'*accès complet*, l'*accès intermédiaire*, le *vertige* et l'*absence* (1).

Axenfeld décrit l'*attaque complète*, l'*attaque incomplète*, et enfin la *petite attaque* ou *vertige*, dont il reconnaît trois variétés : le vertige simple ou absence, le vertige avec troubles moteurs, le vertige avec troubles psychiques (2).

Sandras n'avait décrit que l'attaque *complète* et l'attaque *incomplète* ou *vertige* (p. 204).

J'estime qu'il y aurait tout avantage à délimiter ces variétés plus rigoureusement, et je crois que l'observation clinique permet de rapporter toutes les attaques d'épilepsie aux trois types suivants :

1° la *grande attaque*, ou *attaque complète*, avec convulsions généralisées de tout le corps ;

2° l'*absence*, dans laquelle la convulsion n'existe pas ;

3° le *vertige*, dans lequel il n'y a également pas convulsion, mais qui s'accompagne de la reproduction automatique de mouvements coordonnés.

Au premier de ces types, à la grande attaque, se rattacherait comme simple variété l'*attaque incomplète*, dans laquelle les convulsions, au lieu de s'étendre à tout l'appareil musculaire, n'affectent qu'un ou plusieurs groupes de muscles.

Toutes les manifestations de l'épilepsie peuvent être ramenées à l'un des trois types que je viens de définir. Dans chacun d'eux, la perte de connaissance est complète et absolue, et c'est là, je ne saurais trop le répéter, le signe pathognomonique de l'épilepsie.

1. **Grande attaque.** — Le malade, après avoir, ou non,

(1) *Loc. cit.*, pp. 54 et suiv.

(2) AXENFELD et HUCHARD. *Loc. cit.*, pp. 777 et suiv.

éprouvé un certain nombre de prodromes *(aura)*, pâlit subitement, pousse un cri, et tombe comme foudroyé.

A partir de ce moment, il est *complètement insensible*, il est devenu absolument étranger à tout ce qui se passe autour de lui.

Bientôt une raideur tétanique *(convulsion tonique)*, se manifeste sur quelques points, et se propage rapidement à tout le corps. A cette raideur tétanique succèdent, après quelques secondes, des secousses brèves, violentes, semblables à autant de commotions électriques; puis des convulsions *cloniques* de plus en plus étendues, et généralement plus marquées dans une moitié du corps. Après avoir duré un temps variable, elles deviennent plus rares, moins fortes; un *ronflement* sonore s'établit, et le malade tombe dans un assoupissement profond.

Ce sommeil peut se prolonger pendant des heures entières. Quand l'épileptique se réveille, il a l'air troublé, égaré, confus : il ne se *souvient de rien*, ni du cri qu'il a poussé, ni de la chute qu'il a faite. Peu à peu il revient à son état de santé habituel et reprend ses occupations journalières.

Telle est, dans ses traits généraux, l'attaque épileptique complète, la *grande attaque*, le *haut-mal*.

Pour en avoir l'exacte physionomie, il convient d'analyser isolément les différents symptômes que je viens d'énumérer, de noter leur succession, de signaler aussi quelques manifestations, qui, quoique secondaires, ne laissent pas que d'avoir leur importance.

Au début de l'attaque, le malade *pâlit* : sa face devient livide, cadavéreuse, se décompose. Mais cette pâleur ne dure qu'un instant, elle est bientôt remplacée par une coloration violacée qui augmente tant que durent les convulsions, et ne se dissipe graduellement que lorsque celles-ci s'arrêtent.

La pâleur de la face, au début de l'attaque, est absolument caractéristique; elle ne manque jamais, pas plus que la perte de connaissance. Celle-ci est si complète, si absolue, que l'épileptique tombe n'importe où il se trouve, dans le feu, dans l'eau, sur un corps vulnérant quelconque, au point de se blesser grièvement, ou même de se tuer. Toute sensibilité réflexe est également abolie : on peut pincer, piquer, chatouiller le malade : il ne réagit en aucune façon.

La raideur tétanique (convulsion tonique), d'abord limitée à

quelques points, bientôt étendue à tout le corps, fait que celui-ci est raide, immobile, la tête renversée en arrière, ou fléchie sur le côté. Puis viennent ces petites secousses brèves, saccadées, dont j'ai parlé, et qui se transforment en convulsions cloniques généralisées. Il n'est guère de muscles qui restent épargnés. Ceux de la face, violemment contractés, rendent la physionomie hideuse. Les mâchoires se convulsent, les dents grincent, et quelquefois se brisent; la langue, tuméfiée, saisie entre les arcades dentaires, est profondément mordue, parfois même coupée en deux.

Une écume sanguinolente recouvre les lèvres; des mucosités s'échappent des narines. Le tronc, les membres, sont agités par des secousses continuelles; les doigts sont contractés, le pouce renversé dans la paume de la main; les pieds trépignent violemment. Tissot prétend, — mais c'est un ami du merveilleux, — que les doigts des pieds s'écartent si étonnamment, qu'ils paraissent allongés du double! et encore, que le pied se courbe si prodigieusement que le bout du gros orteil est porté presque sous le talon (?)

Quelques épileptiques sont soulevés par bonds et lancés au loin : un enfant de Bicêtre, idiot, paraplégique, était projeté à 40 centimètres de sa chaise; il y tombait dans une position perpendiculaire à celle qu'il avait auparavant (Aug. Voisin).

Dans la période tétanique, la poitrine est immobile, la respiration arrêtée, la suffocation imminente. Mais, dès qu'apparaissent les convulsions cloniques, la respiration se rétablit, convulsive, inégale, tumultueuse, râlante; le malade pousse de véritables rugissements. Ce râle est produit par la colonne d'air qui bat l'écume sanguinolente accumulée dans l'arrière-gorge et rejetée par la bouche. C'est le stade de ronflement.

Comme on peut le penser, la circulation participe au trouble général, et il est aisé de s'imaginer de quelle façon. Au début, tout le système musculaire, les muscles de la vie de relation aussi bien que ceux de la vie organique, est tétanisé : à ce moment il y a violente contraction du cœur, resserrement des vaisseaux. Cet état ne dure qu'un instant; il est suivi d'un relâchement non moins général. Aussi les mouvements du cœur sont-ils ralentis pendant la phase tonique, accélérés pendant les convulsions cloniques.

Enfin, on observe fréquemment l'émission involontaire de l'urine, des matières fécales et l'excrétion du sperme.

Durée. — Quelle est la durée d'une attaque, telle que je viens de la décrire? Les appréciations varient singulièrement. Elle est, dit Aug. Voisin, de trois à dix minutes. Tissot avait déjà donné le chiffre de dix minutes. Suivant Delasiauve, une attaque ne saurait se prolonger au delà de cinq minutes, ni durer moins de deux minutes. Il fait remarquer qu'en réalité l'attaque a fini dès que la respiration est redevenue libre, et qu'il n'y a plus de spasmes musculaires.

Si au contraire on fait durer l'attaque depuis le moment où le malade perd connaissance jusqu'à ce qu'il soit entièrement revenu à lui, il est clair qu'on peut lui assigner une durée allant de quelques minutes à plusieurs heures. C'est ainsi qu'Esquirol admet comme durée moyenne cinq à vingt minutes : « Je les ai vues, ajoute-t-il, chez un homme âgé de 30 ans, persister pendant cinq à six heures. » (C'étaient, sans doute, des attaques imbriquées?)

Nul n'a poussé l'analyse aussi loin que Beau. Dans une attaque complète, il considère quatre phases distinctes :

1° État tétanique : cinq à trente secondes;

2° Convulsions cloniques : une à deux minutes;

3° Stade de ronflement : trois à huit minutes;

4° Retour de la sensibilité et de l'intelligence : dix à trente minutes.

Mais le stade de ronflement indiquant déjà la fin de l'accès, il résulte en réalité de ces chiffres que l'attaque ne dure guère au delà de deux à trois minutes. C'est le chiffre accepté par Trousseau (1); il se rapproche de celui adopté par Legrand du Saulle : quarante à cent vingt secondes. Lasègue n'admet pas plus d'une minute. Je crois qu'en réalité l'attaque véritable ne se prolonge jamais au delà d'une à deux minutes.

Dès que se produit le *ronflement*, la face se décolore; quelquefois elle se couvre de sueur et le patient tombe dans un profond assoupissement. Rien n'est plus variable que la durée de ce sommeil, qui peut être de plusieurs heures. Camuset (2) a même publié l'histoire curieuse d'un épileptique âgé de trente ans, épileptique depuis l'enfance, ne tombant que dix à douze fois par

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 52.

(2) *Annales médico-psychol.*, 1886, t. III, p. 36.

an, chez qui le coma consécutif à l'attaque se transformait en un sommeil calme et profond de six à huit heures.

Fréquence. — L'attaque d'épilepsie que je viens de décrire, la *grande attaque,* est généralement isolée, et ne se reproduit qu'après un temps variable. Certains épileptiques ont leur crise chaque jour, ou chaque semaine, ou une fois seulement par mois, ou tous les trois mois, ou moins souvent encore. D'autres ont, à certaines périodes, plusieurs attaques par jour, puis restent épargnés pendant des semaines. Chez les uns l'attaque ne survient que la nuit, ou seulement le matin au réveil ; d'autres sont frappés indifféremment le jour ou la nuit, avant ou après le repas. Une foule de circonstances individuelles ou accidentelles influent sur la fréquence des accès. Tel en a sûrement quand il a bu ; tel autre après chaque rapprochement sexuel. Il est des femmes qui n'ont leurs attaques qu'aux époques menstruelles. Il serait absolument impossible d'énumérer toutes les variétés que l'on peut rencontrer. Pour ne citer que quelques chiffres pris sur les épileptiques traités dans mon service, je signalerai Me.. qui, depuis dix ans, n'a jamais eu plus de six à huit attaques par an, tandis que G., placé dans le même quartier, en a toujours eu de soixante à quatre-vingts. D'autres épileptiques tombent encore bien plus souvent : dans le courant d'une année, T. a eu 285 attaques, Ma.. 258, B. 182.

État de mal. — Mais les attaques sont surtout fréquentes lorsqu'au lieu d'apparaître isolées, elles surviennent par séries, se succédant sans interruption les unes aux autres, de telle sorte qu'une attaque nouvelle commence avant que la précédente soit terminée. Ce sont là les *attaques imbriquées* de Trousseau ; elles constituent le *paroxysme* ou *état de mal.* Voisin a vu des épileptiques en état de mal avoir jusqu'à quatre cent cinquante attaques dans les vingt-quatre heures. J'ai vu mourir un jeune épileptique qui, dans l'espace de huit jours, avait eu cinq cent quatre-vingt-dix-sept grandes attaques et sept cent cinquante et une petites (incomplètes).

Assurément, dans l'*état de mal,* il y a quelque chose de plus que la répétition fréquente des attaques. Dans la majorité des cas, on observe un *collapsus,* qui peut aller jusqu'au coma le plus

complet, et qui persiste entre les deux accès successifs, sans retour de la lucidité. L'attaque est suivie d'une hémiplégie plus ou moins complète, quelquefois avec contracture des muscles; enfin l'accélération du pouls, la fréquence de la respiration, mais surtout l'élévation de la température, doivent faire admettre une *poussée méningitique*, à laquelle, le plus souvent, le patient succombe. Il résulte des recherches de Bourneville (1) que, tandis que dans l'attaque isolée la température ne dépasse guère 38° ou 38°5 pendant et après l'accès, elle monte à 40° et même 42° dans l'état de mal. Cette élévation de température est d'un pronostic fâcheux : chaque fois que je l'ai notée chez un de mes malades, j'ai pu, avec certitude, pronostiquer une fin prochaine ; deux fois seulement sur quatre-vingt-onze cas le malade a survécu. Mes observations ont fourni à Broquère les matériaux de sa thèse (2).

J'ajouterai que ce n'est pas précisément dans la *grande épilepsie*, dans l'*épilepsie vraie*, que l'*état de mal* est fréquent. On l'observe plus souvent dans les épilepsies dites symptomatiques, et notamment dans celle qui complique la paralysie générale. Sur deux cent dix paralytiques généraux que j'ai vus mourir dans une période d'environ dix ans, soixante-sept, soit près d'un tiers, sont morts en état de mal, après une série d'attaques épileptiformes (3).

Attaque incomplète. — Il convient de signaler ici, à côté de l'attaque d'épilepsie complète, de la *grande attaque*, *l'attaque incomplète*, qui n'en diffère que parce que les convulsions, au lieu de s'étendre à tout le système musculaire, ne comprennent que quelques muscles, un côté du corps, par exemple, ou un membre, ou un groupe de muscles; mais la pâleur de la face indique également le commencement de l'accès, et la perte de connaissance est tout aussi complète, alors même, comme il arrive souvent, que le malade n'est pas précipité par terre.

Il me reste, pour compléter cette description, à parler des suites de l'attaque, des phénomènes variés qui peuvent en être la consé-

(1) BOURNEVILLE. *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.* Paris, 1872, p. 246.

(2) BROQUÈRE. *Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale.* (*Thèse de Paris*, 1882.)

(3) Dans la même période sont morts en état de mal, dans mon service, cinq épileptiques et dix-neuf aliénés atteints de folie chronique ou de démence liées à des altérations organiques du cerveau.

quence. Mais auparavant je dois m'arrêter à un symptôme que je n'ai fait qu'indiquer, et qui mérite cependant une mention spéciale, moins peut-être en raison de son importance réelle, qu'à cause des interminables discussions dont il a été l'objet : je veux dire l'*aura*.

Aura. — Sous ce nom sont désignés certains phénomènes avant-coureurs de l'attaque, qui en sont comme les prodromes. Delasiauve a fait justement remarquer que ces phénomènes appartiennent à une double catégorie, les uns éloignés, les autres immédiatement rapprochés de l'accès : « On peut les comparer, dit-il, aux phénomènes précurseurs de l'orage. La pesanteur de l'atmosphère, une température suffocante, et l'agitation des nuées en sont la menace ; elles le font craindre. Les lueurs qui sillonnent le ciel et les grondements électriques annoncent qu'il est près d'éclater (1). »

Les symptômes de la première catégorie, ou prodromes éloignés de l'attaque, varient singulièrement d'un malade à l'autre. Mais quand on a observé pendant quelque temps l'épileptique, on peut très souvent annoncer, un ou deux jours à l'avance, l'attaque qui va éclater. L'un devient plus irritable, cherche querelle à son entourage; un autre est inquiet, agacé, a de l'insomnie, des cauchemars, de mauvais rêves; quelquefois des rêves érotiques et même des pertes séminales. Un autre se plaint de l'estomac, de la tête, des jambes. Tel autre, au contraire, se sent plus dispos, mieux en train, et se réjouit de l'amélioration survenue dans son état. Par un singulier hasard, j'observe en ce moment même deux jeunes épileptiques, qui, à plusieurs reprises, m'ont présenté cette sorte d'*euphorie ;* après être restés, l'un quinze jours, l'autre trois semaines, sans avoir de crise, ils se félicitaient devant moi de cet heureux résultat : le soir même, ils étaient terrassés par une violente attaque.

Les troubles dont je viens de parler, variables à l'infini, ne constituent cependant pas l'*aura* proprement dite. Celle-ci fait partie intégrante de l'accès ; elle le précède immédiatement et n'a que la durée d'un éclair.

Cette *aura* a été l'objet d'une foule d'hypothèses : on a fini par

(1) *Loc. cit.*, p. 43.

la considérer comme une sorte de *vapeur*, *chaude* ou *froide*, qui semble partir du tronc ou des membres et s'élever vers la tête (1), et l'on a fait honneur de cette belle théorie à Galien, qui n'a jamais rien écrit de pareil (2). En réalité, l'*aura* est un symptôme essentiellement variable, se reproduisant toujours le même chez le même malade, mais consistant tantôt en une sensation, tantôt en un phénomène musculaire, une crampe, une palpitation, un tremblement; tantôt en un trouble psychique, tel qu'hallucination visuelle ou auditive, etc. De là les variétés d'*aura sensitive, motrice, intellectuelle* (3), etc.. chaque épileptique ayant à cet égard son individualité propre. Quelques exemples suffiront à donner une idée de ces différentes variétés :

C... voit apparaître un individu qui lui ressemble : « Je vois mon nez! » s'écrie-t-il, et il tombe. — Une jeune fille, devenue épileptique à l'âge de 11 ans, voyait une vache fondre sur elle; elle n'avait que le temps de crier : « La vache! voici la vache! » et aussitôt elle était précipitée par terre. — D..., au moment où il va tomber, se voit transporté dans le monastère où il a été novice; il revoit la chapelle, le cloître, avec une étonnante précision. — Chez d'autres malades, il y a, au début de l'accès, une hallucination variable, telle que mauvaise odeur, bruits de cloches, voix déterminée qui répète chaque fois le même mot, lumière éclatante, boule de feu, nuage couleur de sang, etc. — H..., au moment d'avoir son attaque, éprouve une douleur aiguë à la région précordiale; — un autre sent un engourdissement qui débute dans le petit doigt, gagne le bras : au même instant il tombe.

Je pourrais multiplier ces exemples à l'infini. On peut se demander si l'*aura* est un phénomène constant, ou sinon, quelle

(1) C'est la définition de Littré et Robin, *Dict. de Nysten*, 10e édit., 1855.

(2) Galien signale une variété d'épilepsie commençant par une partie quelconque, puis remontant vers la tête d'une manière sensible pour le patient même; il cite comme exemple un jeune garçon de 13 ans, chez lequel l'épilepsie partait des jambes. Mais il a soin de déclarer que les épilepsies ont toutes cela de commun, que l'encéphale est affecté. Pour ce qui est de l'aura, il s'en réfère à l'explication donnée par son maître Pélops : ou il y aurait ascension d'une certaine qualité, produite par l'altération des parties contiguës, ou il s'agit d'une substance vaporeuse. (Galien, *œuvres complètes*, trad. Daremberg, Paris 1856, t. II, p. 573).

(3) Gowers, qui a trouvé l'*aura* chez la moitié de ses malades (505 sur 1,000), y consacre un long chapitre (p. 62 et suiv.).

en est la fréquence. Les auteurs varient singulièrement dans leurs appréciations. Herpin (de Genève) ne l'a observée qu'une fois sur cent; Georget, une fois sur vingt; Beau, dans la moitié des cas; Piorry, presque toujours. Esquirol se borne à dire que l'*aura* se montre dans un grand nombre de cas; Delasiauve l'a notée cent quatre-vingt-trois fois sur deux cent soixante-quatre. J'ai lieu de croire que, si les épileptiques étaient tous en état de rendre compte de leurs sensations, on noterait l'*aura* dans un grand nombre de circonstances où l'on suppose qu'elle n'existe pas. Presque chaque malade ressent un symptôme avant-coureur immédiat de l'attaque.

Suites de l'attaque. — La grande attaque, dont je viens de faire la description, peut entraîner des accidents immédiats (1) : les chutes déterminent des contusions, des plaies, des ecchymoses, quelquefois même des lésions plus graves, telles que des fractures, des luxations, des brûlures. Il y a même lieu de s'étonner que ces accidents ne soient pas plus fréquents. J'ai vu un épileptique, tombant dans un accès sur le rebord d'un trottoir, se fracturer l'avant-bras; un autre se brisa la mâchoire inférieure. Plusieurs fois on a dirigé sur mon service des épileptiques qui, dans leurs familles, s'étaient cruellement brûlés en tombant dans le feu : l'un avait tout un côté de la face détruit, l'œil était perdu ; un autre avait une affreuse brûlure de tout le membre inférieur gauche; le pied n'était plus qu'un moignon informe, et, après plus d'une année de soins, la plaie n'était pas cicatrisée. Tout récemment, un de mes vieux épileptiques, prenant un bain, eut une attaque et disparut sous l'eau. Quoiqu'on accourût immédiatement à son aide, l'asphyxie avait fait de tels progrès qu'il fallut plus d'une heure d'efforts pour le ramener à la vie.

Les convulsions, à elles seules, sans chute, peuvent être assez violentes pour déterminer, soit une fracture, soit une luxation. Telle cette épileptique de la Salpêtrière qui, à chaque crise, se luxait la mâchoire; tel ce malade qui, après une attaque nocturne dont il n'avait nul souvenir, se réveilla le matin avec une luxation de l'épaule.

Les troubles de la circulation se traduisent par des congestions,

(1) Un des plus fréquents, et des plus caractéristiques, c'est la morsure de la langue que j'ai signalée plus haut.

des hémorragies, qui se font par le nez, les oreilles, les yeux, les bronches ou dans la trame même des organes (ecchymoses de la conjonctive, apoplexie pulmonaire, cérébrale ou méningée, piqueté ecchymotique sur la face, la poitrine ou d'autres parties du corps).

A la longue, et en se répétant, les attaques ont une influence durable, également fâcheuse. Ainsi l'on a remarqué que les épileptiques, en général, ont les mouvements gauches, embarrassés, d'une gaucherie toute particulière; leur démarche est lourde, incertaine; leur physionomie, dure, immobile, sans expression; il semble que les muscles du visage aient perdu leur souplesse, leur élasticité. Ces altérations me paraissent tenir, soit à la fréquence des convulsions, qui, à la longue, troublent et entravent le jeu des muscles, soit aux chutes répétées et aux contusions, plaies contuses, ecchymoses, qui en sont le résultat et qui produisent dans le tissu cellulaire et dans les muscles des épanchements lents à se résorber. De là l'épaississement et l'immobilisation du tissu musculaire et, par suite, à la face, ce masque farouche si caractéristique. « L'épilepsie est envieuse de la beauté », a dit Arétée. Le plus beau visage perd rapidement son charme, sans compter les horribles cicatrices qui, trop souvent, achèvent de le défigurer.

Ce n'est pas seulement au visage que l'on observe l'épaississement du tissu cellulaire et de la peau, conséquence des congestions sans cesse répétées et des stases sanguines qui se produisent à chaque attaque; il est général et sans doute il est pour beaucoup dans cette gaucherie des mouvements, cette maladresse que j'ai signalées. C'est peut-être là aussi qu'il faut chercher la cause principale de l'obtusion de la sensibilité physique, à laquelle nul épileptique n'échappe. Quelles que soient la gravité et l'étendue des plaies que se font ces malades, ils paraissent en souffrir très peu et ne s'en plaignent guère : c'est une observation que l'on peut faire journellement.

On observe fréquemment, soit après une attaque isolée, mais surtout après une série d'attaques, des troubles nerveux graves. Le plus souvent c'est une *hémiplégie*, complète ou incomplète, quelquefois seulement une *monoplégie*. Au bout de deux à trois jours, quelquefois au bout de quelques heures, elle se dissipe. Il est plus rare d'observer la *paraplégie*. Cependant je l'ai vue survenir deux fois chez le même épileptique, dans le courant d'une année : ce malade, après son paroxysme, resta complètement paralysé des

membres inférieurs (avec perte du mouvement et de la sensibilité) pendant toute une semaine. Ces accidents se dissipèrent spontanément.

Quelquefois l'épileptique reste *aphasique* pendant quelques jours. Mais, comme le fait remarquer Huchard (1), il s'agit dans ce cas d'un trouble qu'il faut distinguer des pseudo-aphasies résultant uniquement des troubles intellectuels profonds qui accompagnent l'attaque.

De même on voit quelquefois succéder à l'attaque une *cécité* complète, qui dure quelques heures ou quelques jours, mais qui se dissipe d'elle-même, sans traitement.

L'*albuminurie* est-elle une conséquence de l'attaque d'épilepsie? C'est là une question très controversée. Suivant quelques auteurs (2), il y aurait toujours de l'albumine dans l'urine des épileptiques après l'attaque. Suivant d'autres (3), on ne la rencontrerait que dans quelques cas seulement. Je dois dire que, dans les nombreux essais que j'ai faits, je n'ai jamais, dans aucun cas, trouvé trace d'albumine dans l'urine de mes épileptiques. D'ailleurs, les recherches de Kleudgen (4) prouvent que c'est un fait sans aucune importance (5). J'ai traduit et résumé son mémoire dans les *Annales médico-psychologiques* (1881), et je partage entièrement son opinion.

Un auteur, Kowalewsky (6), a prétendu que chez tous les épileptiques le poids du corps diminue après chaque attaque. Après l'état de mal, la perte de poids peut être de 15 livres en vingt-quatre heures (7). Dans l'épilepsie psychique, le malade perdrait jusqu'à un quart de son poids total (8). Je n'ai jamais rien vu de pareil et j'avoue que cette perte de poids me paraît absolument

(1) AXENFELD et HUCHARD. *Loc. cit.*, p. 779.

(2) SEYFERT, HUPPERT, RABOW, etc.

(3) BAZIN, OTTO, FURSTNER.

(4) *Archiv. f. Psychiatrie*, XI, Hft. 2, pp. 478-506.

(5) Sur cette question de l'albuminurie post-épileptique, il existe un grand nombre de travaux : outre le mémoire de Kleudgen, cité plus haut, et qui donne une bibliographie assez complète, je citerai HUPPERT, *Arch. f. pathol. Anat.*, Bd. 59, p. 367 et suiv.; — OTTO, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1876, nº 42; — v. RABENAU, *Arch. f. Psych.*, t. VII, p. 220; — CHRISTIAN, *Ann. méd. psychol.*, 1881, 5, p. 191; MABILLE, *ibid.*, 1880, 4, p. 415, et discussion à la *Soc. méd. psychol.*

(6) *Archiv, f. Psychiatrie*, XI, Hft. 2, p. 350.

(7) *Ibid.*, p. 364.

(8) *Ibid.*, p. 365.

inexplicable. D'ailleurs Kranz (1), se basant sur 400 pesées, a démontré que les variations de poids, quand il y en a, ne sont soumises à aucune règle fixe et n'ont aucune signification.

De tous les phénomènes post-épileptiques, les plus importants, à coup sûr, sont les troubles psychiques : ce sont ceux qui méritent le plus notre attention. Ils trouveront leur place dans l'histoire de la *folie épileptique*.

L'attaque, telle que je viens de la décrire, la *grande attaque*, représente, comme je l'ai dit, le type complet de la manifestation épileptique. Mais ce n'est pas elle qui se produit toujours : le mal peut se montrer sous d'autres formes, également caractéristiques, qu'il me reste à étudier.

B. **Absence**. — Dans l'absence, nul prodrome. C'est au milieu de la santé en apparence la plus parfaite que, tout à coup, les sens et l'intelligence sont annihilés, et cela pendant un temps parfois si court, que le malade reprend la conversation au point où il l'avait laissée, achève la phrase qu'il avait commencée, reprend le travail auquel il était occupé sans que rien, absolument rien, ait trahi aux yeux de son entourage cette subite et grave éclipse du moi. Un malade joue au whist : au moment de lancer une carte, il s'arrête brusquement, pâlit, mais, avant même que ses partners étonnés aient eu le temps de l'avertir de cette distraction soudaine, il est revenu à lui et continue le jeu comme si rien n'était survenu. « Il n'est pas tombé, n'a rien vu, rien entendu, rien senti : il a été isolé du monde extérieur, il a été *absent* (2). » Si l'entourage avait pu voir ce qui s'est passé dans ce temps si court, il aurait constaté que le visage a pâli, que le regard est devenu fixe, qu'une légère contraction a tordu la bouche : à cela s'est réduite la convulsion.

On pourrait, à la rigueur, depuis la *grande attaque* jusqu'à l'*absence*, établir une échelle non interrompue, dans laquelle seraient rangées toutes les variétés imaginables de l'attaque convulsive, depuis les secousses violentes et désordonnées qui, dans la grande attaque, ébranlent l'appareil musculaire tout entier, jusqu'au simple rictus qui reste inaperçu dans l'absence, en

(1) Cité par Burlureaux. *Loc. cit.*, p. 131.
(2) Legrand du Saulle.

passant par toutes les nuances intermédiaires : petites attaques, attaques incomplètes, etc., suivant qu'une partie seule du système musculaire est convulsée, qu'il y a, ou non, chute sur le sol, etc.

C. **Vertige.** — Dans cette forme de l'ictus épileptique, le malade ne tombe pas foudroyé, comme dans la grande attaque, il n'a pas de convulsions. Les symptômes ne se bornent pas non plus, comme dans l'absence, à une perte fugitive de connaissance. Ils sont beaucoup plus complexes : il y a un véritable automatisme, comparable à celui que l'on observe chez les somnambules : « c'est une interruption de la vie intellectuelle, la vie animale continuant », a dit avec raison Herpin. Aussi faut-il remarquer que les actes inconscients des vertigineux se rapprochent le plus souvent de ceux auxquels le malade a l'habitude de se livrer dans ses moments de lucidité (1) ; ou du moins ce sont des actes communs de la vie qui se reproduisent par une sorte de réminiscence toute mécanique.

L'un des auteurs qui ont le mieux décrit le vertige, Beau, s'exprime ainsi : « Le malade se lève d'un air étonné, cherche autour de lui, fait des paquets, veut se déshabiller, et essaye de se débarrasser des personnes qui le retiennent. Si on le laisse aller, il se promène d'un air égaré, a une démarche un peu choréique, et bat quelquefois ceux qui se trouvent sur son passage (2). »

Trousseau a rapporté un certain nombre de faits qui sont classiques (3) :

Un architecte de Paris, épileptique depuis longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages les plus élevés des maisons en construction. Jamais il ne lui est arrivé d'accident. Au moment de sa crise, on le voit courir précipitamment sur les échafaudages, prononçant, ou plutôt, criant son nom, d'une voix haute et brève. Un quart de minute après, il reprend son travail, n'ayant gardé aucun souvenir de l'acte singulier auquel il s'est livré.

Un président de tribunal se lève pendant l'audience qu'il préside, passe dans la salle voisine, et rentre au bout de quelques secondes, sans savoir ce qu'il vient de faire : il était allé uriner dans la chambre du conseil.

(1) ROBERTSON. *Automatisme des épileptiques.* (*British med. Journal,* 21 avril. 1877.)
(2) BEAU. *Loc. cit.*
(3) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu,* 2e édit. Paris, 1865, t. II, pp. 58 et suiv.

Un jeune homme, excellent musicien, est pris de ses accès pendant qu'il fait sa partie dans un orchestre : « cependant il continue de jouer, et, chose remarquable, quoique restant absolument étranger à ce qui l'entoure, quoiqu'il ne voie et n'entende plus ceux qu'il accompagne, il suit la mesure. »

Radcliffe rapporte une observation analogue, celle d'une jeune fille, qui, pendant qu'elle était sous l'influence d'un accès, jouait les morceaux de musique les plus difficiles, sans aucune faute.

Gowers (1) cite un professeur de musique qui dut abandonner sa profession, parce qu'un jour, pendant qu'il donnait une leçon à une demoiselle, après une attaque si légère que son élève ne s'en était pas aperçue, il commença tout à coup à se déshabiller.

Et Gowers fait la remarque fort juste que les actes automatiques des vertigineux sont généralement simples et naturels : ils ne sont rendus équivoques que par les circonstances insolites où ils se produisent. Ainsi les actes que l'on observe le plus fréquemment sont, par exemple, l'acte de se déshabiller, celui de monter un escalier, celui d'empocher tout objet qui se trouve à portée, sans souci du propriétaire, et sans qu'il y ait d'ailleurs aucune intention de vol.

Les actes peuvent être plus complexes : un camionneur, cité par Gowers, parcourait pendant une heure les rues les plus fréquentées de Londres, sans occasionner le moindre accident, et sans qu'il s'en souvînt un instant après.

Il n'est pas impossible de voir des vertigineux, qui, interpellés pendant leur attaque, répondent aux questions qu'on leur fait. Mais ils n'ont aucune conscience de ce qu'ils répondent, et revenus à eux, ils n'en ont aucun souvenir. Il y a là, comme le fait observer Trousseau, quelque chose de comparable à ce qui arrive à certains individus, qui, dans l'état de sommeil, répondent aux questions qu'on leur adresse, et, une fois éveillés, ont perdu tout souvenir de ce qui s'est passé.

On voit par la description qui précède, qu'entre la grande attaque, l'absence et le vertige, il y a une différence d'aspect considérable : tous trois cependant caractérisent également bien l'épilepsie, et ont ce trait fondamental de ressemblance, qu'ils

(1) GOWERS. *De l'épilepsie*, trad. Carrier, 1883, p. 185 et suiv.

s'accompagnent de la perte de connaissance complète. Il suffit que l'une de ces trois formes soit observée chez un malade, pour qu'on soit en droit de le déclarer épileptique. Mais, tandis que certains patients n'ont jamais eu que de grandes attaques, d'autres, au contraire, n'ont eu que des absences ou des vertiges. Parfois il arrive que le mal ait débuté par les absences, et pendant des années il n'y a pas eu d'autres symptômes, jusqu'à ce qu'un beau jour éclate une grande attaque. Je soigne un jeune homme de 22 ans, qui, depuis l'âge de 4 ans, est sujet à des *faiblesses*, en moyenne une par quinzaine. C'est un épileptique avéré, qui, à la suite de ses absences, présente des troubles intellectuels très graves. Il n'a eu encore que quatre grandes attaques, dont la première à l'âge de 15 ans.

Le plus souvent le même malade présente alternativement l'une ou l'autre forme, et cela est surtout le cas chez les vieux épileptiques de nos asiles. Dans les relevés que j'ai sous les yeux, et qui embrassent une période de plus de vingt ans, je vois qu'il est très peu d'épileptiques qui n'aient eu tantôt de grandes attaques et tantôt des petites (vertiges ou absences), et, je puis le dire par avance, sans que les unes paraissent indiquer une plus grande gravité que les autres. C'est qu'en effet l'ictus épileptique est toujours au fond identique à lui-même.

Quelle est la cause anatomique, quelle est la lésion de cet ictus? C'est ce qu'il importe de rechercher maintenant.

Physiologie pathologique de l'accès

L'épilepsie est une maladie de l'encéphale (1); c'est l'opinion de l'antiquité, et il semble que jamais l'idée n'eût dû venir d'en placer le siège ailleurs. Cependant les anciens ont été unanimes aussi à professer que tantôt l'épilepsie naît dans le cerveau, que tantôt elle part de l'estomac ou de toute autre partie éloignée du corps (2).

(1) *Capitis vitium est, ubi sensus motusque origo habetur* (ALEX. DE TRALLES, *loc. cit.*, p. 52). — « L'épilepsie est une affection de l'encéphale » (GALIEN. *De locis affectis*, loc. cit., p. 558).

(2) *Morbus comitialis tribus modis generatur : vel enim capite primario laborante, vel stomacho, vel alia quadam particula affecta* (ALEX. DE TRALLES, p. 52).

Mais, quand bien même il faudrait croire à cette origine multiple de l'accès, il n'en resterait pas moins évident que, dans un paroxysme où les facultés intellectuelles, sensitives, motrices, c'est-à-dire les fonctions mêmes du cerveau, sont profondément troublées, il est impossible que l'organe cérébral lui-même ne soit pas gravement atteint, que ce soit primitivement ou secondairement. C'est dans l'encéphale, et non ailleurs, qu'il faut chercher la cause directe de l'accès d'épilepsie : comme le dit Boerhaave, il doit nécessairement se produire pendant le paroxysme quelque fait nouveau, corporel ou physique *(corporea sive physica)*, qui n'existait pas auparavant (1).

Boerhaave (2) fait encore la remarque que la cause de l'épilepsie est double : l'une, qui produit le paroxysme et qui disparaît avec lui, l'autre, qui lui survit et qui prépare le paroxysme suivant. C'est dire qu'il faut à la fois faire la physiologie pathologique de l'accès, et l'anatomie pathologique de la maladie.

De tout temps on a cherché à expliquer l'accès épileptique ; on a invoqué les fluides vitaux, les esprits animaux, etc. Mais ces explications n'ont duré qu'autant que les systèmes eux-mêmes qui les avaient inspirées. On n'est arrivé à quelque notion positive que grâce aux progrès de la physiologie expérimentale, et ces progrès sont tout modernes. C'est en décomposant les phénomènes si complexes de l'activité cérébrale, en prenant isolément chacun d'eux et en examinant dans quelles conditions il se produit ; c'est enfin, en faisant naître artificiellement des manifestations fonctionnelles, identiques à celles que nous rencontrons dans les troubles morbides qu'il s'agit d'expliquer, que la physiologie expérimentale vint jeter quelque lumière dans la question (3).

Tout d'abord on a cherché l'explication des phénomènes de l'accès épileptique dans les troubles de la circulation cérébrale. Pour les uns, c'est à l'*anémie* du cerveau qu'il faut attribuer les convulsions. On s'appuie, d'une part, sur une vieille expérience

(1) *Loc. cit.*, p. 654.

(2) *Hæc causa (mirifici hujus morbi) est duplex : una quæ presentem paroxysmum jam producit, dum paroxysmus fit ; altera est illa, quæ, dum paratum est intervallum, facit illam diathesin ad regenerationem paroxysmi* (loc. cit., p. 652).

(3) J. FALRET. *Des théories de l'épilepsie*, in *Arch. génér. de méd.*, 1859, t. II, p. 82, et 1862, t. XIX, pp. 212 et 584.

d'Asthley Cooper, qui avait montré qu'en comprimant les artères principales du cerveau (carotides et vertébrale) chez un lapin, et en empêchant ainsi tout afflux de sang vers l'encéphale, on provoquait des convulsions qui cessaient dès qu'on rétablissait le cours du sang. D'autre part, sur les expériences plus récentes de Kussmaul et Tenner : ces auteurs ont démontré que, dans toutes les grandes hémorragies, il se produit des convulsions (1). Comme d'ailleurs l'accès commence toujours par la pâleur de la face, n'est-ce pas une preuve que le sang se retire momentanément du cerveau ?

A cette théorie on peut objecter tout d'abord que rien n'autorise à conclure de la pâleur de la face à l'anémie du cerveau; rien ne prouve qu'il existe une relation aussi étroite entre les vaisseaux de la face et ceux de l'encéphale. En outre, la pâleur de la face ne dure qu'un instant; si même il était démontré qu'elle s'accompagne d'anémie du cerveau, cette anémie elle-même n'aurait qu'une durée fugitive, et l'on ne s'expliquerait pas qu'elle pût être la cause des symptômes que l'on voit se dérouler, alors qu'elle est presque instantanément remplacée par la congestion. Si l'anémie était la seule coupable, son action cesserait dès que le sang revient dans les vaisseaux : le lapin de Cooper revenait à lui dès que les carotides n'étaient plus comprimées.

Il est vrai que la congestion du cerveau a trouvé encore beaucoup plus de partisans que l'anémie, et c'est une doctrine bien ancienne que celle qui attribue l'épilepsie à la congestion du cerveau. Elle s'appuie sur les autopsies : chaque fois qu'un épileptique succombe dans un accès, on trouve le cerveau gorgé de sang. Mais n'est-il pas évident que, bien loin d'être la cause de l'accès, la congestion n'en est que le résultat? la succession des phénomènes morbides en est la preuve.

Comment d'ailleurs a-t-on pu croire que les symptômes si graves, les troubles si profonds de l'épilepsie, soient le résultat de simples changements dans la circulation cérébrale? Est-il rien de plus fréquent, de plus banal, que ces modifications dans le cours du sang ?

Les théories fondées sur les troubles de la circulation cérébrale

(1) *Untersuchungen über Ursprung und Wesen der fallsüchtigen Zuckungen, etc.*, in *Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen.* Heidelberg, 1858.

mènent tout naturellement à celles qui invoquent une altération du sang. S'il ne suffit pas, pour expliquer la perte de connaissance, de dire qu'elle est due à la privation de sang (anémie), ou à la compression de la substance cérébrale par le sang en excès (congestion), on a cru trouver une explication plausible en disant que, dans le premier cas (anémie), il y a privation d'oxygène, tandis que dans la congestion (pléthore veineuse) il y a accumulation d'acide carbonique. Il y aurait donc une véritable intoxication.

C'est ainsi, c'est par l'existence d'un principe toxique dans le sang, que l'on explique l'épilepsie des albuminuriques, celle des femmes en couches : le rein ne fonctionnant pas normalement, l'urée, au lieu d'être excrétée, reste dans le torrent circulatoire, arrive au cerveau qu'elle irrite, et provoque les convulsions (1). Est-ce l'urée en nature qui agit? Sont-ce au contraire des produits de décomposition de l'urée qui interviennent (2)? Ou y a-t-il rétention de matériaux excrémentitiels plus complexes? Au fond, peu importe : l'explication du phénomène reste la même.

Seulement, si l'on admet les épilepsies par intoxication, il faut également faire entrer en ligne de compte celles dans lesquelles il y a introduction dans le sang de poisons venus du dehors : telle l'épilepsie alcoolique, l'épilepsie saturnine.

De toutes façons la théorie de l'épilepsie toxique ne saurait s'appliquer qu'à un nombre de faits restreint, et il faut chercher une autre explication pour les épilepsies, infiniment plus nombreuses, dans lesquelles aucun agent toxique ne saurait être incriminé.

A ces théories invoquant, soit des troubles de la circulation du sang, soit une altération de ce liquide, en a succédé une autre, qui a eu un grand retentissement, et qui a été défendue par des physiologistes de premier ordre : c'est celle qui fait dériver l'épilepsie d'une excitation de la moelle allongée.

Pour la comprendre, il faut se rappeler que le système nerveux se compose d'un centre moteur, qui est la moelle épinière, avec son prolongement, bulbe et protubérance; de conducteurs centripètes, nerfs sensitifs et filets sensitifs du grand sympathique, de

(1) Frerichs. *Traité des maladies des reins*. Leipzig. 1852. — Todd. *Medical Times*, 5 et 12 août 1854.

(2) On a prétendu que l'urée se décompose dans le sang et donne du carbonate d'ammoniaque, qui serait l'agent épileptogène.

conducteurs centrifuges, nerfs moteurs cérébraux et rachidiens, et filets moteurs du grand sympathique (1).

La moelle allongée est le siège des mouvements réflexes, ou du pouvoir excito-moteur. Qu'elle subisse une excitation maladive, venant soit de la périphérie, soit du centre cérébral, il se produira des mouvements réflexes, plus ou moins désordonnés, plus ou moins violents : ce seront les convulsions épileptiques. Telle est, dans ses traits généraux, la théorie que Marshall-Hall a défendue le premier (2).

Brown-Sequard est venu ensuite compléter cette doctrine par de nombreuses publications, et une foule d'expériences aussi variées qu'ingénieuses. Il admet en résumé que, dans l'attaque d'épilepsie, la perte de connaissance est due à la contraction subite des vaisseaux de l'encéphale, par suite de l'irritation des nerfs vaso-moteurs émanés du grand sympathique. A cette contraction des vaisseaux succède une dilatation veineuse. Quant aux convulsions générales, elles sont dues à l'action réflexe s'exerçant de la moelle allongée sur les nerfs moteurs.

Il est démontré expérimentalement que l'arrêt de la circulation, dans les vaisseaux de l'encéphale, peut déterminer une perte complète de connaissance; il est probable aussi que cet arrêt peut être produit par le resserrement vasculaire dû à une excitation des fibres vaso-motrices qui innervent ces vaisseaux : ce fait est admis par tous les physiologistes (3). On peut admettre également qu'une modification irritative, s'opérant dans les éléments du bulbe rachidien, de la protubérance annulaire, des pédoncules cérébraux et cérébelleux, et dans ceux de la moelle épinière, détermine, à des degrés variables, des convulsions (4); et d'ailleurs Brown-Sequard a démontré qu'en enlevant à un animal les hémisphères cérébraux, on n'empêche pas les convulsions de se produire. Enfin, que ces convulsions puissent être provoquées par une excitation périphérique, c'est ce que le même expérimentateur a prouvé

(1) Burlureaux. *Loc. cit.*, p. 152.

(2) A. Foville. *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie. (Thèse de Paris*, 1857, et *Annales medico-psychologiques*, 1858, p. 333. — Brown-Sequard. *Researches on epilepsy*. Boston, 1857. — Depuis cette époque Brown-Sequard a publié quantité de mémoires et de travaux sur ce sujet; voir notamment les *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1868, 1869, 1870, etc.

(3) Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*. Paris, 1875, t. II, 18e leçon, p. 117.

(4) *Ibid.*, p. 135.

en rendant des cobayes épileptiques par la section de la moelle épinière ou d'un nerf de la périphérie, et en montrant qu'il suffit alors d'irriter la peau dans une région déterminée (zone épileptogène), pour provoquer une attaque (1).

A toutes ces expériences, je ferai une objection fondamentale : elles visent presque exclusivement la convulsion. Or, la convulsion n'est qu'un élément secondaire dans l'épilepsie; elle peut même manquer complètement. Est-il ensuite bien certain que le cerveau de l'homme, pendant l'attaque, soit dans le même état que le cerveau du cobaye chez lequel on a provoqué une épilepsie expérimentale? Il y a là des inconnues au sujet desquelles il est plus facile d'accumuler des hypothèses que d'avancer un fait précis. Même quand nous recourons à l'examen de la rétine pour nous faire une idée de ce que devient la circulation intra-céphalique (2) durant l'accès, nous ne sommes autorisés à aucune conclusion certaine, attendu que, comme Vulpian le dit (3), il n'est pas impossible qu'une dilatation des vaisseaux du fond de l'œil existe en même temps qu'un resserrement de ceux de l'encéphale.

La théorie de Brown-Séquard, malgré les lacunes qu'elle présente, malgré les objections qu'elle soulève, avait cependant rallié de nombreux partisans, lorsque, il y a quelques années, la découverte des centres psycho-moteurs du cerveau vint donner à la question un aspect nouveau. Les expériences de Ferrier, de Hughlings-Jackson, de Hitzig, etc., ont montré qu'en irritant certaines régions de l'écorce du cerveau on détermine des convulsions semblables à celles de l'épilepsie. Cette épilepsie expérimentale, facile à provoquer chez le chien et chez la plupart des mammifères, surtout par l'excitation électrique, se traduit, suivant le cas,

(1) VULPIAN. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*. Paris, 1875, t. II, 18e leçon, p. 138.

(2) Magnan a constaté chez une femme épileptique, dans l'intervalle des attaques, une dilatation des vaisseaux du fond de l'œil, analogue à celle qu'il avait observée chez les animaux rendus épileptiques par l'injection intra-veineuse d'essence d'absinthe. (*Société de Biologie*, comptes rendus, 1873, p. 75). — Tout récemment Knies, de Fribourg (*Treizième réunion des neurologistes*, 9 et 10 juin 1888, in *Semaine médicale*, 13 juin 1888, p. 237), a rapporté qu'il avait eu l'occasion d'examiner le fond de l'œil chez un garçon de 14 ans, épileptique, en *status epilepticus*, et chez un homme de 35 ans, atteint d'épilepsie probablement syphilitique; il a pu constater pendant l'attaque un spasme des artères de la rétine, suivi de dilatation des veines.

(3) *Loc. cit.*, p. 138.

par des attaques limitées (monospasme, hémispasme), ou par des attaques symétriques, généralisées. Mais, dans les attaques limitées, l'animal conserve sa connaissance; dans les attaques généralisées seulement, il paraît inconscient (1). De telle sorte qu'ici encore l'on est autorisé à dire que les irritations portées sur l'écorce du cerveau, tout aussi bien que celles transmises à la moelle allongée, produisent, à la vérité, des convulsions, et des convulsions semblables à celles des épileptiques, mais elles ne produisent que cela, et ce n'est pas l'épilepsie.

Je crains que, de longtemps encore, il ne faille renoncer à pénétrer le mystère intime du mal. Tout au plus, et par induction, en nous aidant des données physiologiques définitivement acquises, pouvons-nous, avec quelque vraisemblance, approcher de la solution du problème.

La *perte de connaissance*, c'est-à-dire la suppression momentanée, subite et absolue des fonctions cérébrales, étant le caractère fondamental de l'épilepsie et signalant le début de l'attaque, il semble évident que c'est le cerveau, siège de ces fonctions, qui est primitivement atteint. Il se produit comme une sidération du système nerveux, semblable à celle que produit un choc violent sur le crâne. Et l'analogie est d'autant plus frappante, qu'à la suite des traumatismes crâniens, on observe non seulement la perte de connaissance, mais souvent aussi un état d'automatisme inconscient, tel que nous le voyons dans le vertige.

Dans l'épilepsie, on peut supposer que la lésion primitive siège dans les hémisphères cérébraux, à leur partie antérieure : c'est là que l'on s'accorde en effet à placer les facultés supérieures qui sont subitement abolies.

Dans l'*absence*, le seul symptôme étant la perte de connaissance, la région cérébrale proprement dite doit être seule atteinte.

Dans la *grande attaque*, au contraire, l'insultus épileptique doit se propager aux organes qui président aux mouvements : centres psycho-moteurs, moelle allongée, etc. On peut même ajouter que, d'après les travaux des physiologistes les plus récents (Kussmaul, Brown-Sequard, Nothnagel), c'est le pont de Varole qui est surtout

(1) François-Franck et Pitres. *Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale*, in *Archives de physiologie*, t. XV, 1883. — François-Franck. *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau, professées au Collège de France*. Paris, 1887.

intéressé pour les mouvements qui se produisent dans le tronc et les extrémités inférieures ; tandis que l'irritation du plancher du quatrième ventricule détermine la convulsion des muscles innervés par les nerfs crâniens (Schrœder van der Kolk et Stilling) (1). Mais c'est là, au point de vue qui nous occupe, un fait accessoire, et même controversable dans certains détails.

Enfin dans le *vertige*, les choses se passent comme dans le somnambulisme, comme dans certains états de rêve ou d'ivresse alcoolique : le cerveau est absent, et cependant les centres locomoteurs fonctionnent et exécutent les mouvements plus ou moins compliqués dont ils ont l'habitude. Par conséquent, dans le vertige, le mal se propage du cerveau aux centres locomoteurs placés hors du cerveau, dans la moelle épinière. Les expériences de Flourens, de Vulpian, de Forster, répétées plus tard par Onimus, montrent comment les choses se passent. Après avoir enlevé le cerveau à des grenouilles, à des carpes, à des canards, Onimus a constaté que, sous l'influence de la moindre stimulation extérieure, ces animaux, ainsi mutilés, placés dans l'eau, se mettaient à nager, et nageaient même avec plus de régularité qu'à l'état normal, aucune influence psychique ne venant les entraver (2). C'est exactement ce que nous voyons dans le vertige épileptique.

En résumé, dans l'épilepsie, et quelle que soit la forme de l'attaque, c'est le cerveau qui est toujours et primitivement atteint. Mais les autres parties de l'encéphale et même de la moelle épinière peuvent participer au choc, et les symptômes de l'attaque varient précisément suivant le nombre et la nature des organes encéphaliques et médullaires qui sont ébranlés.

Peut-on aller plus loin, peut-on essayer, après avoir déterminé le siège de l'épilepsie, de se faire une idée de la modification même dont le cerveau doit être atteint ? Sans doute il faut admettre que la substance nerveuse a des propriétés spéciales, n'appartenant qu'à elle et n'ayant leur analogue dans aucun autre tissu vivant. Et il est infiniment probable que beaucoup de phénomènes morbides, que nous attribuons, faute de mieux, à des troubles de la circulation, tiennent en réalité à des modifications

(1) NOTHNAGEL, de Breslau, confér. Volkmann, n° 39. *Gazette méd. de Strasbourg*, septembre 1874.

(2) *Journal de l'anatomie et de la physiologie de Robin*, novembre 1870-71, p. 644.

de la cellule nerveuse, se produisant directement et d'une façon que nous ignorons.

La force nerveuse étant de la nature des courants et le système nerveux étant incessamment parcouru par les courants qui vont, les uns du centre à la périphérie, les autres de la périphérie au centre, qui nous dit que beaucoup d'états morbides, dits *nerveux*, ne sont pas de simples déviations des courants normaux ?

Schrœder von der Kolk, le premier, je crois, pour donner une idée de l'épilepsie, a comparé le système nerveux à une bouteille de Leyde qui se chargerait progressivement et dont la décharge (convulsions épileptiques) serait provoquée par une cause irritative quelconque. Gowers également compare sans cesse les phénomènes de l'attaque au passage d'un courant.

La comparaison est ingénieuse; mais, en admettant qu'elle soit juste, il resterait à montrer pourquoi cette bouteille de Leyde se charge de fluide et pourquoi, à un moment donné, l'explosion a lieu. Dans la bouteille de Leyde, on connaît la source d'électricité avec laquelle on charge l'appareil ; on connaît également le conducteur avec lequel on le décharge. Chez l'épileptique tout cela reste ignoré, et c'est par une simple vue de l'esprit que nous comparons la convulsion épileptique à un courant qui, parti d'un point du système nerveux, sillonne impétueusement tout l'arbre cérébro-spinal, foudroie le malade et détermine, dans tous les nerfs qu'il traverse, une agitation désordonnée suivie d'un épuisement (1) profond.

Simple hypothèse : est-il utile de l'ajouter à toutes celles qui ont encombré la science? Avouons plutôt notre ignorance et bornons-nous à étudier cliniquement le mal : c'est là un terrain solide, sur lequel nous ne risquons pas de nous égarer.

Anatomie pathologique.

D'après ce qui précède, on voit que pour la première partie du problème posé par Boerhaave, nous n'aboutissons qu'à une hypothèse. Serons-nous plus heureux pour trouver la cause qui survit au paroxysme, et prépare le paroxysme suivant? en d'autres termes,

(1) *Épuisement* par lequel on peut expliquer un certain nombre de phénomènes post-épileptiques, paralysie, aphasie, cécité, etc.

existe-t-il une altération que l'on puisse regarder comme caractéristique de l'accès d'épilepsie, et que l'on ait rencontrée à l'autopsie des épileptiques?

« Avouons franchement, dit Esquirol, que l'anatomie pathologique a jusqu'ici répandu peu de lumière sur le siège immédiat de l'épilepsie (1). »

Delasiauve est également obligé de reconnaître que « l'histoire de l'épilepsie n'a été que faiblement éclairée par les investigations cadavériques (2). »

Grasset, dans son ouvrage paru en 1886, considère l'anatomie pathologique de l'épilepsie comme complètement obscure.

C'est aussi la conclusion à laquelle arrive Burlureaux. Et j'aurais pu, en remontant le cours des âges, citer presque tous ceux qui ont étudié la maladie, pour montrer combien ils considèrent les données anatomo-pathologiques comme incertaines.

Jos. Franck cependant n'hésite pas à dire que « pour qu'un cadavre d'épileptique n'ait rien présenté de morbide, il faut que le cerveau, la moelle épinière, les nerfs, leurs plexus et les ganglions n'aient pas été examinés avec un soin suffisant (3). »

Il se peut que Franck ait raison, mais il pose mal la question. Il ne s'agit pas en effet de savoir si chez un épileptique il existe une altération quelconque dans un organe quelconque, ou dans une partie quelconque du système nerveux; il faut trouver une lésion qui soit en rapport direct avec l'épilepsie, telle, par exemple, que l'hémorragie cérébrale avec l'hémiplégie, et de lésion de ce genre nous n'en connaissons pas.

Parmi les altérations que l'on rencontre à l'autopsie, il en est d'ailleurs un grand nombre qui ne sont que secondaires, qui, loin d'être la cause de l'épilepsie, n'en sont que le résultat. Il est aisé de s'expliquer comment elles se produisent : chaque attaque s'accompagne de troubles de la circulation intra-crânienne et médullaire. Quand l'épileptique succombe dans une crise, on trouve tous les signes de la congestion cérébrale : sinus gorgés de sang, veines des méninges dilatées, etc. Si, au contraire, ce qui est le cas le plus fréquent, l'épileptique survit, ces phénomènes congestifs se dissipent d'eux-mêmes. Mais à la longue, et en se

(1) Tome I, p. 155.
(2) *Loc. cit.*, p. 174.
(3) *Loc. cit.*, p. 342.

répétant, ils ne disparaissent plus complètement ; ils laissent après eux, dans les différentes parties de l'encéphale, des reliquats d'ordre congestif, épaississement des vaisseaux, raptus sanguins, œdèmes, altérations des cellules, etc. La nutrition de l'organe cérébral finit par être profondément troublée : il se passe quelque chose d'analogue à ce que j'ai signalé plus haut pour la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Lors donc que l'on considère des troubles cérébraux, qui, en raison de leur fréquence, paraissent avoir une influence pathogénétique sérieuse, il importe de se demander tout d'abord si ce ne sont pas précisément de ces altérations secondaires.

C'est l'objection que l'on peut faire, et qui a été faite, à certaines lésions auxquelles on a voulu faire jouer un rôle prépondérant : je n'en citerai que quelques-unes.

Follet (1), et plus tard Baume (2), se basant sur un certain nombre d'autopsies pratiquées à l'asile de Quimper, avaient attribué une importance considérable à l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux : sur cinquante cas, Follet avait trouvé une différence moyenne de 50 grammes ; Baume, sur vingt autopsies, avait trouvé une moyenne de 40 grammes. Mais déjà Baillarger (3) avait considéré cette inégalité plutôt comme un effet que comme une cause; et Delasiauve (4), analysant les faits recueillis dans son service de la Salpêtrière par Bourneville et Duchesne, était arrivé à cette conclusion que, dans la majorité des cas, les différences sont nulles ou peu sensibles, que d'ailleurs l'inégalité signalée n'était en rapport ni avec l'ancienneté, ni avec l'intensité ou la fréquence des crises.

J'ajouterai que, d'après mon expérience personnelle, l'inégalité des hémisphères cérébraux est un fait commun, que l'on rencontre chez la plupart des aliénés, et même en dehors de l'aliénation mentale : elle me paraît sans signification spéciale dans l'épilepsie.

Plus récemment, quelques auteurs ont voulu attribuer un rôle important à la sclérose des cornes d'Ammon, lésion très fréquente suivant Meynert, très rare d'après Gowers. Ce dernier prétend même ne l'avoir jamais rencontrée dans les cas d'épilepsie, et ne

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1857.
(2) *Ibid.*, 1862.
(3) *Société de médecine de Paris*, 12 juin 1857.
(4) *Journal de médecine mentale*, 1861, pp. 193 et 196

l'avoir trouvée que deux fois chez des malades qui n'étaient pas épileptiques (1). Cependant, elle a été signalée par Bouchet et Cazauvieilh, par Lépine, Bourneville et bien d'autres. Coulbaut en a rapporté un grand nombre d'exemples dans sa thèse (2). Mais ce qui montre bien que la sclérose des cornes d'Ammon n'a pas l'influence qu'on veut lui attribuer, c'est que Nothnagel a produit directement des lésions de la corne d'Ammon (par piqûre ou injection d'acide chromique), et ces lésions n'ont déterminé aucun trouble quelconque (3).

Les mêmes incertitudes, les mêmes contradictions existent pour toutes les autres altérations anatomo-pathologiques trouvées dans le cerveau des épileptiques : le problème reste entier (4).

II.

DES DIFFÉRENTES FORMES DE L'ÉPILEPSIE.

Si l'attaque d'épilepsie, telle que je viens de la décrire, est une manifestation morbide toujours identique à elle-même, indiquant, chaque fois qu'elle se produit, une seule et même modification du cerveau, il s'en faut cependant qu'elle survienne toujours dans les mêmes circonstances, qu'elle s'associe aux mêmes symptômes. C'est parce qu'elle se combine, d'une façon variable, avec d'autres éléments morbides qu'elle donne naissance aux différentes formes d'épilepsie, dont la clinique, l'observation journalière nous forcent à admettre l'existence.

Lorsque nous entrons dans un asile réservé aux épileptiques, ou si, dans un de nos asiles d'aliénés, nous considérons le quartier réservé aux épileptiques, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer chez tous les malheureux que réunit une même infor-

(1) *Loc. cit.*, p. 316.

(2) *Thèse de Paris*, 1881.

(3) NOTHNAGEL. *Maladies de l'encéphale*, trad. Keraval, 1 vol., Paris, 1885, p. 477.

(4) Telles, par exemple, que l'altération des ganglions du grand sympathique, admise par Écheverria ; l'induration de la substance cérébrale, notée par Haller, et que j'ai rencontrée plusieurs fois ; l'ossification prématurée des sutures, l'épaississement anormal des os du crâne, leur développement irrégulier, le rétrécissement du trou occipital (Solbrig), etc.

tune, un air de famille, une ressemblance d'allures et de manifestations extérieures qui frapperaient l'observateur même le moins attentif. Il y a là une catégorie bien nette, bien tranchée. Il ne peut y avoir aucune hésitation au sujet des malades auxquels convient la dénomination d'épileptiques. Et quoique, parmi les autres aliénés, il y en ait certainement plus d'un également sujet à des attaques convulsives en tout semblables à celles des épileptiques proprement dits, l'idée ne viendra à personne de les confondre : jamais on ne songera à placer dans le quartier des épileptiques un paralytique général ou un dément, sous prétexte qu'ils ont également des attaques. Il y a entre ces différents malades une différence profonde, évidente, bien que l'attaque de ceux-ci ne diffère en rien des attaques de ceux-là.

En outre, et en quelque sorte d'instinct, on réunit les épileptiques et les idiots. C'est qu'entre eux il y a une ressemblance indéniable, et nous verrons que la véritable épilepsie ne va pas sans un certain degré d'idiotie.

Tous les épileptiques que leur ressemblance pathologique fait ainsi réunir dans un même quartier ont eu leur première crise dans l'enfance ou dans l'adolescence, et depuis elles se sont répétées avec une désespérante régularité. Chez tous l'intelligence est peu développée, obtuse, engourdie; le caractère est sombre et irritable. D'autres symptômes encore leur sont communs, comme nous le verrons. C'est là l'*épilepsie vraie*, la *grande épilepsie*, le *morbus sacer*, l'*épilepsie vulgaire*, etc.

A côté de ces épileptiques, nous en trouvons un nombre, presque illimité, chez lesquels, pour une cause quelconque, et à un âge variable, on a vu éclater un accès ou une succession d'accès, identiques à ceux des épileptiques vrais.

Un homme fait une chute sur la tête; il est blessé au crâne par un coup de bâton, un éclat d'obus : à la suite de ce traumatisme, il a des attaques d'épilepsie : *épilepsie traumatique*.

Tel boit avec excès; pendant des années il abuse de l'alcool ; un jour il est foudroyé par une attaque : *épilepsie alcoolique*.

Un troisième souffre d'une vérole mal guérie; les accidents tertiaires se manifestent sous forme d'une exostose du crâne, d'une gomme de la dure-mère ou du cerveau : *épilepsie syphilitique*.

Un vieillard est frappé d'apoplexie cérébrale, il reste hémiplé-

gique, et bientôt il a des convulsions : *épilepsie post-hémiplégique*, suite de lésion cérébrale.

Je pourrais y joindre et l'*épilepsie saturnine*, et l'*épilepsie urémique* ou *urinémique* (éclampsie des femmes enceintes), et celle de la *paralysie générale*, et bien d'autres, toutes celles notamment qui succèdent à des lésions périphériques.

Toutes ces épilepsies ont le caractère commun de ne survenir qu'accidentellement, à tout âge, à l'occasion d'une cause morbide bien déterminée, dont elles ne sont qu'un effet. Elles disparaissent, en général, avec la lésion qui leur a donné naissance. Ce ne sont pas à proprement parler des *épilepsies*, ce sont des affections *épileptiformes*.

Mais ce n'est pas tout : il est incontestable que l'épilepsie peut débuter dans l'enfance et durer pendant toute une existence, même fort longue, sans que ni l'intelligence, ni aucune autre fonction cérébrable soit sensiblement atteinte. On cite même de ces épileptiques qui ont été doués de facultés supérieures. Il faut donc admettre l'existence d'une épilepsie *compatible avec l'intégrité des fonctions cérébrales*.

De tout ce qui précède, je conclus que l'épilepsie doit être divisée en : 1° épilepsie compatible avec l'intégrité, ou même avec un développement remarquable de l'intelligence; c'est la simple névrose; 2° épilepsie vraie, grande épilepsie, épilepsie vulgaire; 3° affections épileptiformes (éclampsies).

1° Épilepsie compatible avec l'intégrité ou avec un développement remarquable de l'intelligence. — Les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie ont répété, les uns après les autres, sur la foi des historiens, que beaucoup de grands hommes, de ceux qui ont laissé dans les annales de l'humanité une trace ineffaçable de leur passage, étaient épileptiques. On cite César, Mahomet, Pétrarque, Charles-Quint, Pierre le Grand, et, tout près de nous, Napoléon, l'archiduc Charles, le pape Pie IX.

Nulle question assurément ne serait plus intéressante à étudier; mais il faudrait compulser et comparer les documents sur lesquels on s'appuie, et surtout les soumettre à une critique sévère.

Si les personnages en question avaient réellement des accès convulsifs, étaient-ce des accès épileptiques? A quel âge, dans quelles conditions ont-ils été atteints? Il est clair, par exemple,

que si Newton, arrivé à l'extrême vieillesse, perd la mémoire, tombe en démence, est affligé d'attaques convulsives, il n'y a rien là qui doive être taxé d'épilepsie. Si éclatant qu'ait été le génie de Newton, il ne pouvait le mettre à l'abri des infirmités de la vieillesse. C'est ainsi que nous avons vu l'un des grands généraux du commencement du siècle mourir à l'âge de 84 ans, après avoir eu dans les quatre dernières années de sa vie de fréquentes attaques (1). Ce n'est pas le mal caduc véritable. Pour que Newton puisse passer pour un épileptique, il faut démontrer que, depuis son enfance, et pendant toute son existence, il a eu des crises d'épilepsie, et que ces crises n'ont pas empêché son génie de se développer. Bien entendu, je ne prends Newton que comme exemple, sans me prononcer sur le fond même de la question.

Il faudrait également, dans cette revue, éliminer ceux qui, à l'âge adulte, ont pu être atteints, accidentellement, d'une épilepsie traumatique, ou syphilitique, ou alcoolique.

Resteraient uniquement ceux qui, dans l'enfance ou dans l'adolescence, seraient devenus les victimes du mal caduc et auraient néanmoins joué un rôle éclatant dans les affaires du monde. Or, il semble que ce soit là un fait indubitable.

Plutarque prétend que César tombait du haut-mal, et il cite plusieurs circonstances capitales où l'atteinte de ce mal l'empêcha d'agir comme il l'aurait dû, l'une, notamment, qui fut une des causes de sa ruine. On sait que le Sénat, venant lui apporter de nouveaux honneurs, il ne daigna pas se lever devant lui, ce qui provoqua un vif mécontentement : « Pour s'excuser de cette faute, il allégua sa maladie, à cause que le sens ne demeure pas en son entier à ceux qui sont sujets au mal caduc, quand ils parlent debout sur leurs pieds devant une commune, ainsi se troublent aisément et leur prend soudain un éblouissement (2). » L'auteur ajoute, il est vrai : « mais cela était faux » ; et il est possible que, dans le cas particulier, l'épilepsie n'ait été pour rien dans l'impolitesse de César. Mais le fait seul d'avoir invoqué cette excuse, ne permet-il pas de croire que le mal existait réellement chez lui, qu'il était de notoriété publique?

Pour Mahomet, il paraît avéré qu'il tombait du haut-mal et

(1) Cité par TROUSSEAU.
(2) Traduction AMYOT.

qu'il faisait croire que les plus violents paroxysmes de son épilepsie étaient autant d'extases et de signes de l'esprit de Dieu qui descendait en lui (1). On sait qu'à chaque crise il prétendait voir l'ange Gabriel. Or, dans l'hypothèse de l'épilepsie, on s'explique fort bien l'exaltation religieuse de Mahomet; on comprend que chaque crise ait été précédée d'une aura hallucinatoire, toujours la même, l'apparition de l'ange Gabriel. Rien de plus naturel non plus que l'entourage du Prophète ait vu dans tous ces phénomènes une preuve de l'intervention divine. Ce serait méconnaître étrangement les lois de la pathologie mentale que de considérer Mahomet comme un fourbe et un simulateur.

Mais, laissant de côté ces personnages historiques, au sujet desquels la controverse est trop facile et la certitude trop contestable, je trouve, parmi nos contemporains, un exemple de mal caduc chez un homme éminent, et sans qu'il puisse subsister aucun doute, car les détails les plus circonstanciés nous sont donnés par un historien fidèle, qui a été l'ami, le confident du malade. Je veux parler de Gustave Flaubert, l'auteur de *Madame Bovary*. Flaubert était épileptique; il a eu sa première attaque vers l'âge de 20 ans, et il est mort dans une crise, âgé de plus de 50 ans. Je n'ai pas à discuter ici la valeur littéraire de cet écrivain : quelle que soit la place définitive que l'histoire lui réserve, il n'en restera pas moins comme un homme d'un talent supérieur, et son chef-d'œuvre, il l'a écrit, quoique épileptique (2).

J'ai vu mourir, à l'âge de 60 ans environ, et en complète démence, un compositeur de musique, qui avait passé les dix dernières années de sa vie dans une maison de santé; il était épileptique depuis l'âge de 15 ans, et pourtant il avait écrit des opéras comiques et d'autres compositions, qui avaient fait sa réputation. Au moment d'être atteint de la maladie mentale qui motiva son internement, il mettait la dernière main à un grand opéra dont les connaisseurs faisaient un grand éloge.

Je n'irai pas jusqu'à dire que, chez les hommes que je viens de citer, l'épilepsie n'ait pas imprimé son cachet spécial. C'est elle qui peut nous faire comprendre et les passions violentes dont ils

(1) BAYLE. *Diction*, art. *Mahomet*.

(2) MAXIME DUCAMP. *Souvenirs littéraires*, in *Revue des Deux-Mondes*, 1er septembre 1881, p. 18.

ont été les esclaves et les contrastes singuliers de leur existence. L'histoire de Flaubert est pleine de particularités qu'il faut rapporter au mal dont il souffrait. Néanmoins il demeure établi que des hommes d'une intelligence supérieure ont pu être épileptiques, durant une longue vie, sans que leurs facultés maîtresses aient subi aucune atteinte.

Que si nous descendons de ces sommets et que nous considérions ceux qui, bien qu'atteints du mal sacré, ont pu satisfaire cependant à toutes les exigences de leur position sociale, nous serons forcés de reconnaître qu'il en existe un nombre considérable.

Legrand du Saulle, dans un de ses derniers ouvrages, prétend qu'il y a en France environ quarante mille épileptiques, sur lesquels quatre mille seulement sont enfermés dans les asiles d'aliénés et les maisons de santé. Restent trente-six mille qui vivent en liberté et sur lesquels il y en a certainement un bon nombre qui sont infirmes, incapables. Mais combien d'autres remplissent des fonctions, exercent des métiers, dirigent des affaires !

Les auteurs ont en général prêté peu d'attention à ces faits ; ils les considèrent comme rares et exceptionnels, alors qu'au contraire ils sont très fréquents.

Esquirol (1) rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, après dix-neuf ans de maladie, avait conservé toute son intelligence; « c'est le seul que je connaisse, ajoute-t-il, et j'ai vu plus de six cents épileptiques ! » Ce qui s'explique, non comme le croyait Esquirol, par la rareté du fait, mais uniquement parce que le médecin n'est consulté que pour les cas graves.

Renaudin (2) cite un épileptique qui était parvenu à dissimuler sa maladie pendant plus de quatorze ans ; il avait pu se faire admettre deux fois comme remplaçant et avait résisté aux fatigues de la guerre d'Afrique.

J'ai connu un conducteur des ponts et chaussées qui, âgé de près de 60 ans, remplissait encore parfaitement ses fonctions. Il était marié, avait deux filles bien portantes, et cependant, depuis son enfance, il n'avait cessé d'être tourmenté par des attaques de haut-mal.

(1) Tome I, p. 281.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1850, p. 478.

Un épileptique avait le métier de couvreur : il périt accidentellement; dans une attaque il fut précipité du toit d'une maison en construction. Son fils, que j'ai connu, était également épileptique : il était portefaix. Il me fit connaître, parmi ses camarades, plusieurs hommes atteints du même mal, et qui étaient hommes de peine, terrassiers, commissionnaires, en un mot qui exerçaient les professions les plus fatigantes.

Haushalter (1) parle d'un enfant de 14 ans, épileptique depuis l'âge de 3 ans, qui, loin d'avoir l'intelligence affaiblie, possédait des dispositions et un jugement rares chez les individus de son âge.

J'aurais pu multiplier ces exemples; ceux que j'ai rapportés suffisent à montrer que l'épilepsie, en tant qu'attaque convulsive, ne porte pas nécessairement atteinte à l'intelligence. Elle n'entrave pas les fonctions du cerveau, elle peut même coexister avec des facultés supérieures. C'est une *infirmité* avec laquelle l'individu vit, dont il peut bien souffrir par moments, mais qu'il supporte sans déchoir.

Il n'en est pas toujours ainsi.

2° Épilepsie vraie (haut-mal, grand mal, mal sacré). — Si l'on voulait décrire la *grande épilepsie* d'après les malades que nous sommes obligés de tenir renfermés dans nos asiles, on tracerait un tableau trop sombre et par là même infidèle. Entre les épileptiques privilégiés dont je viens de parler dans le chapitre précédent et ceux dont je vais parler maintenant, il y a une gradation progressive, insensible, avec des nuances à l'infini : seuls, quelques traits généraux sont communs à tous.

La grande épilepsie débute toujours, soit dans la première enfance, soit plus tard, vers l'âge de 8 à 10 ans, ou encore, de 15 à 20 ans, à l'époque de l'adolescence. « Passé 20 ans, dit Lasègue (2), elle est non seulement invraisemblable, mais impossible. » Peut-être est-il plus exact de dire que, passé 20 ans, elle est très exceptionnelle.

La première attaque éclate à l'improviste, souvent au milieu de la santé la plus florissante, et l'on s'évertue à lui chercher une

(1) *Loc. cit.*, p. 14.
(2) *Loc. cit.*, p. 881.

cause occasionnelle souvent futile. Mais cette première attaque, quelle qu'elle soit, donne au mal sa physionomie propre, celle qu'il gardera à travers toutes les vicissitudes de la maladie. On peut affirmer avec certitude que toutes les attaques qui surviendront seront la reproduction fidèle de la première. Personne n'a plus insisté sur ce caractère du haut-mal qu'Erlenmeyer, qui prétend que, chez le même individu, les accès se répètent, jusque dans leurs détails les plus insignifiants, avec une régularité mathématique (1). Peut-être y a-t-il quelque exagération à être aussi affirmatif qu'Erlenmeyer; ses propositions ont été contestées dans ce qu'elles ont de trop absolu. Mais, d'une façon générale, il est dans le vrai : un épileptique qui tombe sur le côté gauche, ou sur la face, ou sur le dos, tombera toujours sur le côté gauche, ou sur la face, ou sur le dos. S'il a une aura, cette aura sera invariablement la même à chaque nouvelle crise. En outre, on ne peut nier la tendance des épileptiques à répéter fréquemment, automatiquement, les mêmes actes, ce qui, au point de vue médico-légal, offre une grande importance (2).

L'épilepsie une fois établie, les attaques se reproduisent à intervalles extrêmement variables, suivant les individus, et avec une fréquence qui varie également dans les limites les plus étendues. J'ai compulsé avec soin les registres sur lesquels sont exactement relevés les accès (grandes attaques, petites attaques, vertiges), observés dans les quartiers d'épileptiques. J'ai pu ainsi passer en revue un très grand nombre (plusieurs centaines) d'épileptiques pendant une période de plusieurs années. Il m'a été impossible de tirer de ces chiffres aucune donnée générale. Chez certains malades j'ai remarqué qu'à mesure qu'ils vieillissaient, les attaques devenaient plus fréquentes; mais chez un grand nombre d'autres, au contraire, elles se montraient plus rares. Quelques-uns, enfin, ont eu, depuis plus de dix ans que je les connais, le même chiffre tous les ans. Et cependant, ni chez les uns, ni chez les autres, je n'ai pu constater aucun changement appréciable dans l'état général.

(1) *Die Consequenz in der Epilepsie.* (*Corresp.-Blatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie*, nos 5 et 6, mai-juin 1875.)

(2) Erlenmeyer ajoute : « Lorsqu'on veut juger les grands hommes dont l'histoire a enregistré les actions extraordinaires, et apprécier l'indomptable ténacité dont ils ont fait preuve pour atteindre leur but, on est obligé de se demander si cet esprit de suite, qui les a guidés, n'était pas une conséquence de leur épilepsie? », p. 36.

Le nombre des attaques n'est pas non plus, pris en lui-même, un élément bien significatif : entre un épileptique qui a deux, trois, quatre cents attaques par an, et celui qui tombe à peine une fois par mois, on ne peut pas dire à priori que le premier soit plus gravement atteint que le second. Mais il n'est question ici que des attaques isolées, et non point de celles dont la succession rapide constitue l'état de mal. J'ai du reste déjà signalé plus haut combien la fréquence des attaques est variable, et c'est dans la *grande épilepsie* surtout que l'on constate cette variété.

Au surplus, ce ne sont pas les attaques elles-mêmes qui peuvent donner la caractéristique du grand mal : elles ne diffèrent en rien de ce qu'elles sont chez tous les épileptiques. Il faut la chercher ailleurs.

Intelligence. — Les auteurs ont noté que l'épilepsie et l'idiotie sont fréquemment associées : suivant Georget, le tiers des enfants épileptiques sont en même temps idiots; d'après Herpin, le cinquième. Je crois qu'il n'y a pas là une association fortuite; je suis persuadé au contraire que, dans la grande épilepsie, il y a *toujours* un arrêt de développement de l'intelligence, c'est-à-dire un degré variable d'idiotie, qui peut aller depuis le plus léger degré de l'imbécillité jusqu'à l'idiotie complète, compatible seulement avec une vie végétative. Et si je voulais d'un trait caractériser le grand mal épileptique, je dirais que c'est l'*épilepsie greffée sur l'imbécillité ou l'idiotie.*

L'idiotie sera d'autant plus prononcée, que l'arrêt de développement du cerveau et en général du système nerveux cérébro-spinal, se sera produit à un âge plus tendre. Or, la première attaque d'épilepsie s'étant en général montrée à ce moment, on pourrait supposer que c'est l'épilepsie qui a arrêté les progrès ultérieurs de l'intelligence. Ce serait, à mon avis, une erreur; il n'y a là qu'une simple coïncidence; l'idiotie et l'épilepsie apparaissent en même temps, et probablement par le fait d'une même altération cérébro-spinale (1), ou de lésions concomitantes. L'épilepsie, à elle seule, ne saurait être la cause de l'infériorité de

(1) Pourquoi certains idiots seulement sont-ils épileptiques? C'est une question à laquelle on ne saurait actuellement trouver une réponse. Il est probable, il est même certain que chez l'idiot épileptique, il y a quelque chose de plus que chez l'idiot non épileptique. Mais quoi?

l'intelligence, puisque, d'une part, nous avons vu qu'elle n'empêche pas un développement, même remarquable, des facultés intellectuelles, et que, d'autre part, les attaques se succèdent pendant de longues années chez le même malade, sans qu'il en résulte aucun affaiblissement de l'intelligence (1).

En résumé, la faiblesse intellectuelle de l'épileptique n'est pas un effet, un résultat des attaques : c'est un élément constitutif de la maladie.

Sensibilité morale. — « Si les malheureux épileptiques, dit Arétée, pouvaient être témoins eux-mêmes de ce qui se passe pendant l'accès de leur mal, je suis porté à croire qu'il leur deviendrait insupportable de vivre plus longtemps; heureusement la privation de la vue et des sens cache à chacun d'eux ce que ce spectacle a de hideux et d'atroce » (2).

Le mal caduc est en effet si affreux, que celui qui en est affecté devient rapidement un objet de terreur et de pitié, souvent aussi de dégoût. La plupart des carrières se ferment devant lui. Il faut qu'il renonce aux douceurs de la vie de famille, aussi bien qu'aux rêves de l'ambition. De là naturellement un état habituel de tristesse et de méfiance. L'épileptique a honte de sa maladie : il s'en cache avec une sorte de crainte ; et il est probable que l'air habituellement gêné et contraint de beaucoup de ces malades ne tient qu'à l'appréhension continuelle dans laquelle ils vivent, que l'accès, éclatant à l'improviste, ne trahisse aux yeux de tous un secret qu'ils s'efforcent de dissimuler le plus qu'ils peuvent.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'épileptique fuit le monde, s'il recherche la solitude, s'il ne se lie qu'avec ses compagnons d'infortune, et si, dans la vie habituelle, il se montre défiant, ombrageux, soupçonneux.

D'ailleurs son caractère est bizarre, fantasque, mobile. Quoiqu'il doive notablement différer suivant le milieu dans lequel vit le malade, et la manière dont celui-ci est traité par son entourage, cependant il présente toujours une grande mobilité de sentiments,

(1) Remarque faite déjà par Sandras : « Pendant le cours de l'épilepsie, l'intelligence reste longtemps aussi étendue et aussi saine que s'ils n'étaient pas malades..... la maladie épileptique ne trouble pas sérieusement l'intelligence. » (*Traité des maladies nerveuses*. Paris, 1851, t. I, p. 202).

(2) *Cure des maladies chroniques*, t. I, chap. IV.

passant rapidement et sans transition de la gaieté à l'abattement, de la confiance au désespoir.

L'épileptique est généralement d'une impressionnabilité extrême : un rien l'émeut et le porte au paroxysme de la colère : « Ce qui, dit Calmeil, ébranle à peine un homme d'une susceptibilité ordinaire, porte dans leurs sens un trouble profond. » Je me permis un jour de faire observer à un de mes malades, grand et vigoureux garçon de 26 ans, qui me réclamait avec insistance des remèdes, qu'il avait fort bonne mine : il n'en fallut pas davantage pour le mettre hors de lui. Sans l'intervention des gardiens, il se précipitait sur moi avec fureur.

La sensibilité morale est émoussée, obtuse ; rien n'égale l'indifférence des épileptiques pour tout ce qui ne se rapporte pas directement à eux. Et quand, par hasard, dans leurs accès de violence, ils ont fait quelque victime, c'est en vain qu'on chercherait à surprendre chez eux l'ombre d'un regret ou d'un remords.

Un épileptique, remarquable par son exaltation religieuse, lance un jour un violent coup de pied sur la région scrotale d'un malade inoffensif, parce qu'il l'avait frôlé en passant près de lui. Ce malade était affecté d'une hernie inguinale irréductible, il y eut rupture de l'intestin et péritonite mortelle. Placé en présence du cadavre de sa victime, le meurtrier ne donna aucun signe d'émotion ; il se borna à dire qu'il prierait pour l'âme du défunt (1).

D'autres particularités peuvent encore être relevées (2) : il en est deux qui me paraissent caractéristiques :

D'abord une tendance marquée à l'hypocondrie. Tous les épileptiques sont préoccupés de leur santé, réclament des remèdes, veulent qu'on s'occupe d'eux. Le moindre malaise est pour eux un sujet de doléances sans fin, de même que s'ils croient ressentir la moindre amélioration, ils manifestent une joie excessive. On comprend facilement cet état d'esprit : leur mal ne doit-il pas être l'objet de leurs préoccupations incessantes, et qui pourrait s'étonner de leur crédulité dans l'efficacité des moyens les plus bizarres ?

Ensuite un sentiment religieux est poussé jusqu'à l'exaltation, chez quelques-uns jusqu'au fanatisme. Ils cherchent dans la religion, ce suprême consolateur des affligés, un refuge contre les

(1) Haushalter. *Loc. cit.*, p. 6.
(2) Voir Morel. *Traité des maladies mentales*, pp. 696 et suiv

douleurs et les misères sans cesse renouvelées de leur triste existence. Et sans doute aussi ils ont foi dans cette intervention divine dont on leur a enseigné la toute-puissance et dont ils attendent un miracle en leur faveur !

Le tableau que je viens de tracer comporte, cela va sans dire, des nuances à l'infini. Dans ses traits généraux cependant il s'applique à tous ceux qui sont atteints du haut-mal. Certaines conditions morbides ou extra-physiologiques peuvent contribuer à en assombrir les teintes. Beaucoup d'épileptiques sont portés aux plaisirs de l'amour, ou pratiquent l'onanisme : ce sont des conditions essentiellement fâcheuses. Il en est qui s'adonnent à l'alcool. D'autres, dans l'espoir de se guérir, suivent des traitements débilitants ou de nature à altérer leur santé ! Ce sont là des causes d'affaiblissement et d'aggravation du mal.

État physique. — Chaque fois que l'on a voulu décrire les lésions somatiques de l'épilepsie, on a choisi ses modèles dans la catégorie de malades que j'étudie actuellement, c'est-à-dire dans ceux affectés de haut-mal. C'est chez eux que l'on rencontre, sinon toujours, du moins très fréquemment, les altérations physiques que j'ai indiquées comme résultant de la répétition même des attaques : la gaucherie et l'incertitude des mouvements, la dureté et le manque d'expression de la physionomie, l'insensibilité à la douleur, etc.

Y a-t-il quelque chose de plus dans la grande épilepsie? L'arrêt de développement de l'intelligence s'accompagne-t-il de malformation physique? Dans beaucoup de cas cela n'est pas douteux. J'ai vu récemment deux jeunes épileptiques, âgés l'un de 25 ans, l'autre de 23, tous deux atteints depuis la première enfance : on leur donnerait à peine 15 ans, tant ils sont chétifs. Mais j'en ai connu bon nombre aussi bien développés que les individus bien portants de même âge et de même constitution. Quelques-uns même avaient une taille et une corpulence au-dessus de la moyenne. Féré prétend cependant que chez les épileptiques la force musculaire est notablement diminuée, non seulement après les attaques, ce qui est naturel, mais même dans l'intervalle des accès (1). La différence cependant n'est pas bien sensible et, d'une

(1) *Bulletin de la Société de biologie*, n° 2, 1888.

façon générale, on ne peut pas dire que l'habitus extérieur ait quelque chose de bien caractéristique.

Mais où l'on a prétendu qu'il existe des altérations certaines et constantes, c'est dans la forme du crâne. L'idée n'est pas absolument nouvelle : on trouve déjà dans le *Sepulchretum* des faits à l'appui de cette théorie (1). Mais Lasègue, dans ces dernières années, a donné à la malformation du crâne une importance tout à fait prépondérante, affirmant que, dans l'épilepsie vraie, il y a toujours asymétrie fronto-faciale, saillie d'une des moitiés du frontal, asymétrie de la voûte palatine.

J'ai examiné à ce point de vue, non seulement les têtes des épileptiques vivants que j'ai à soigner, mais aussi les crânes d'un certain nombre de ces malades, morts dans mon service, et j'ai constamment trouvé une asymétrie bien marquée. Mais une première difficulté s'est présentée quand j'ai voulu traduire toutes ces malformations par une formule générale ; je n'y suis pas parvenu.

Ensuite j'ai été obligé de reconnaître que les mêmes asymétries se retrouvent également sur les crânes des idiots, sur ceux des aliénés que l'on est convenu de ranger parmi les dégénérés héréditaires, et même sur ceux de beaucoup d'autres aliénés qu'on ne peut ranger dans aucune des catégories précédentes. Il m'a donc fallu conclure que l'asymétrie crânienne n'est pas propre à l'épilepsie, et je m'explique très bien comment le professeur Lombroso est arrivé à considérer l'épilepsie, la folie morale et la criminalité de naissance, non comme trois entités distinctes, mais comme trois formes d'une même maladie, les mêmes anomalies se retrouvant dans les trois cas (2). L'asymétrie crânienne signifie simplement qu'il y a eu anomalie de développement du crâne ; elle se rattache plus étroitement à l'idiotie, et c'est pour cela qu'on la rencontre chez tous les épileptiques *vrais* (3).

(1) *Sutararum prava dispositio in tribus epilepticis* (appendix); *Causa a conformatione capitis singulari ut plurimum dependet* (addilam. IV), *etc.*, I, sectio XII, *de Epilepsia.*

(2) *Arch. di psichiatra, scienze fenali, etc.*, année 1885.

(3) Il est bien évident, et je le dis par avance, que l'asymétrie crânienne ne saurait être invoquée dans les épilepsies accidentelles que j'aurai à étudier plus loin.

En résumé, la *grande épilepsie*, l'*épilepsie vraie*, nous présente les éléments constitutifs suivants :

1° La première attaque apparaît dans l'enfance ou à l'adolescence, très exceptionnellement après 20 ans. Cette première attaque donne à la maladie sa physionomie propre : les attaques subséquentes lui ressembleront absolument ;

2° Développement incomplet de l'intelligence (imbécillité, idiotie) ;

3° État habituel de dépression psychique, avec tendance à l'hypocondrie et à l'exaltation religieuse ; grande mobilité des sentiments ; excessive irritabilité ;

4° Anomalies dans le développement physique (asymétrie crânienne et faciale, etc.) ;

5° Enfin, quelle que soit la durée du mal, il reste stationnaire, à moins de complications fortuites.

3° **Affections épileptiformes.** — Sous le nom d'affections épileptiformes, je propose de comprendre toutes les épilepsies décrites sous le nom d'épilepsies *symptomatiques*, *sympathiques*, etc. Elles sont extrêmement nombreuses, puisque toute lésion qui détermine des attaques d'épilepsie cause une affection épileptiforme.

Elles n'ont qu'un seul symptôme commun : c'est l'*attaque*, l'*ictus*, tels que je les ai décrits. Sous ce rapport il y a identité parfaite entre l'épilepsie vraie et l'affection épileptiforme. Mais d'autres caractères permettent d'établir la différence :

1° Les affections épileptiformes peuvent survenir à tout âge, depuis l'enfance jusqu'à l'extrême vieillesse ;

2° On peut toujours les rattacher à une cause accidentelle bien déterminée et très souvent à une altération organique tangible et manifeste ;

3° Elles guérissent, en général, quand on peut faire disparaître cette cause organique ;

4° Elles ne s'accompagnent nécessairement d'aucune malformation physique, d'aucun développement incomplet de l'intelligence ;

5° Enfin, et c'est là ce qui, à mon avis, les distingue surtout de l'épilepsie vraie, ce sont de véritables processus pathologiques, qui ne restent pas stationnaires, mais qui vont en s'aggravant, pour

peu qu'ils durent. Ce sont des maladies à évolution fatale et progressive. Aussi, dans l'intervalle des crises, la santé n'est pas intacte, et la démence arrive rapidement, si l'on ne parvient à enrayer le mal.

Il serait impossible de faire la description complète de toutes les affections épileptiformes, ou même de les énumérer toutes. On ne serait pas éloigné de la vérité en disant que toute lésion quelconque du système nerveux, central ou périphérique, est susceptible, dans des conditions que nous ne connaissons pas toujours, de donner naissance à des attaques d'épilepsie. Je vais rapidement passer en revue les variétés les plus fréquentes et les plus importantes.

A. — Épilepsies symptomatiques.

a. **Épilepsie traumatique.** — Cette variété est très fréquente. Westphal l'a produite expérimentalement en donnant de petits coups répétés sur la tête de cobayes. Toute espèce de traumatisme du crâne peut la déterminer, et rien qu'en étudiant à ce point de vue les épileptiques que j'ai connus, je trouve les causes les plus variées : chute sur la tête du haut d'un mur, du haut d'un arbre, d'un trapèze; bille de bois lancée avec force contre l'occiput d'un enfant de 12 ans; coup de pied de cheval au front, à l'occiput; coups de sabre sur la tête; éclat d'obus labourant profondément le pariétal; fracture du frontal dans une explosion de mine, etc.

Dans tous ces traumatismes, les os peuvent rester intacts ou bien être fracturés; et quant aux lésions cérébrales immédiates, elles peuvent offrir tous les degrés de gravité, depuis la simple commotion rapidement dissipée jusqu'aux lacérations les plus étendues des os, des méninges, du tissu cérébral.

Il est toujours difficile, et souvent impossible, de préjuger sur quelle partie du cerveau s'est localisé le choc; et il peut arriver qu'alors même que la face externe du crâne est le siège d'une cicatrice profonde, on ne trouve aucune lésion intérieure correspondante. L'observation suivante en est un exemple :

Observation I. — M..., mécanicien de chemin de fer, entré en 1884, à l'âge de 68 ans. Il y a vingt ans, dans une rencontre de deux trains, M... est grièvement blessé au front, perd connaissance, etc. Il guérit cependant et

put reprendre son service, mais en souffrant toujours de céphalalgies rebelles. Au bout de deux ans il eut de véritables attaques d'épilepsie, qui le forcèrent de prendre sa retraite et d'aller vivre dans la famille de son frère. Quoiqu'il menât une vie extrêmement sobre et régulière, son intelligence s'affaiblit graduellement; les attaques, assez rares (en moyenne une par mois), furent suivies d'accès de délire qui rendaient M... dangereux pour son entourage; il fallut le placer dans une maison de santé. Il y succomba dans un état de complète démence après huit mois de séjour.

Chez ce malade, la blessure du crâne avait laissé une cicatrice, longue de 4 centimètres, profonde, siégeant dans la région fronto-pariétale droite; la peau était absolument adhérente. Je pensais qu'à cette cicatrice extérieure correspondait, à l'intérieur du crâne, une lésion plus ou moins étendue, et je pratiquai l'autopsie avec le plus grand soin. Mais je pus constater que l'os n'avait été lésé que dans sa table externe, qu'à sa face interne il était intact; et il me fut impossible de découvrir aucune altération ni dans les méninges ni dans le cerveau.

Mais dans un grand nombre de cas on trouve des adhérences des méninges au crâne, des ossifications de la dure-mère, quelquefois des esquilles qui se sont détachées du crâne et jouent le rôle de corps étrangers, etc.

L'épilepsie traumatique ne survient jamais aussitôt après le choc; entre la blessure et la première attaque, il s'écoule un intervalle souvent fort long (vingt ans, dans une observation de Greffier, citée par Burlureaux).

C'est surtout de cette forme de l'épilepsie que l'on peut dire qu'elle se montre à tout âge : il n'est pas, en effet, de période de la vie dans laquelle on soit à l'abri d'un accident. Mais on comprend qu'elle présente un aspect différent suivant l'âge du blessé. Lorsque le traumatisme a lieu dans la première enfance, ou même plus tard jusqu'à l'adolescence, comme il détermine une perturbation profonde dans l'organe encéphalique, on s'explique qu'il ait pour effet l'arrêt du développement de l'intelligence. L'épilepsie traumatique se rapproche alors singulièrement de la grande épilepsie; cette ressemblance a été signalée par Lasègue; elle est d'une haute importance pratique.

Une particularité que je veux encore signaler, et qui est fréquente, c'est que l'attaque débute par une douleur ou un tiraillement au niveau de la cicatrice : on a là une forme de l'*aura* sensitive.

b. **Épilepsie syphilitique.** — Elle est très anciennement

connue. On trouve dans le *Sepulchretum* de Bonet une observation intitulée : *Epilepsia luis venereæ soboles* (1). Boerhaave signale l'épilepsie *a lue venerea*. Il en est question dans les commentaires de Van Swieten, dans l'ouvrage d'Astruc, dans la lettre IX de Morgagni. Jos. Franck lui consacre un chapitre spécial et en rapporte deux cas (2). Elle est signalée par Tissot, Maisonneuve, Portal; plus tard par Yvaren (3), Hildenbrand (4), Gros et Lancereaux (5), Zambaco (6) et un grand nombre d'autres auteurs. Je citerai seulement encore le professeur Fournier qui, dans ces dernières années, lui a consacré plusieurs leçons de son livre *Sur la syphilis du cerveau*, et Gowers (7), qui en parle longuement.

Comment la syphilis intervient-elle dans la production de l'épilepsie? Il paraît démontré que c'est une des formes sous lesquelles peut se manifester la syphilis héréditaire. Burlureaux en rapporte un cas emprunté à Althaus. Mais, dans le plus grand nombre de cas, c'est la syphilis acquise qui doit être incriminée.

La plupart des auteurs admettent que l'épilepsie syphilitique peut survenir sans qu'il y ait aucune lésion *appréciable* du système nerveux, dépendant de l'infection spécifique. Il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de se prononcer sur ce point avec une entière certitude, car les lésions qui existent au début peuvent être de telle nature qu'elles disparaissent entièrement et sans laisser aucune trace, par l'effet du traitement; en outre, ces lésions peuvent être peu apparentes et consister en simples exsudats ou épaississements le long des vaisseaux, ou sur les enveloppes du cerveau. Pour peu que la syphilis soit ancienne, qu'elle ait été négligée, il existe, dans les os du crâne ou dans les organes intra-crâniens, des altérations matérielles graves, gommes, exostoses, carie, etc. Elles peuvent même avoir lésé si profondément l'organe encéphalique, que, même après la guérison de la syphilis, l'épilepsie persiste. J'en citerai des exemples.

Gros et Lancereaux ont rassemblé vingt-neuf cas d'épilepsie syphilitique recueillis dans divers auteurs : quatorze avaient été

(1) *Additam.* obs. III.
(2) T. III, p. 336.
(3) *Métamorphoses de la syphilis.*
(4) *Thèse de Strasbourg*, 1859.
(5) *Des affections nerveuses syphilitiques.* Paris, 1861.
(6) *Des affections nerveuses syphilitiques.* Paris, 1862.
(7) *Loc. cit.*

publiés comme des épilepsies sans lésion appréciable du système nerveux; dans douze, il y avait des lésions osseuses ou méningiennes; trois fois il existait une altération du tissu cérébral (gomme, induration, ramollissement).

L'épilepsie syphilitique ne se manifeste guère avant l'âge de 25 à 30 ans, plus souvent même entre 30 et 45 ans, ou encore plus tard. C'est un accident tertiaire, pouvant ne survenir que fort longtemps après l'infection primitive.

Au point de vue des symptômes, il n'y a aucune différence avec la grande épilepsie : ce sont les mêmes crises, les mêmes manifestations typiques. Mais elles ne restent pas longtemps nettes, isolées; elles se compliquent rapidement de phénomènes cérébraux plus ou moins graves (hémiplégies, monoplégies, troubles oculaires, etc.), dus uniquement à la marche envahissante de la lésion cérébrale. Plus on s'éloigne du début, plus les crises se rapprochent et s'aggravent, plus la démence s'accentue, et, si le traitement spécifique est appliqué trop tardivement, il reste impuissant.

Observation II. — X... a contracté la syphilis étant étudiant; il ne paraît pas s'en être jamais débarrassé complètement, et il eut le tort grave, lui qui était médecin, de se marier en pleine puissance de vérole. Il arriva ce qui était aisé à prévoir : sa femme le quitta après quelques mois et se retira chez ses parents. Quant à X..., son état s'aggrava progressivement; à l'âge de 30 ans, il commença à avoir des absences; cinq ans plus tard, il eut de grandes attaques et tomba rapidement dans la démence. Après avoir été traité dans un grand nombre d'hôpitaux, il vint échouer dans notre asile, où il fut emporté, après six mois de séjour, par une série d'attaques épileptiformes. Quand ce malade entra, il était dans un état de démence absolue; il ne se souvenait ni d'où il venait, ni depuis combien de temps il était à l'hôpital; il ne reconnut même pas sa femme quand elle vint le visiter. Il portait aux jambes de larges ulcères d'origine non douteuse : l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour en amena rapidement la guérison, mais sans exercer aucune influence sur les attaques. L'autopsie ne put être pratiquée.

Observation III. — *Syphilis; attaques d'épilepsie; symptômes de paralysie.* — Un voyageur de commerce, âgé de 32 ans, amené par ses affaires dans la ville de N..., descend, le 15 novembre, à l'hôtel où il avait l'habitude de s'arrêter et où il était connu depuis plusieurs années. Le soir même, il est pris d'accès cérébraux qui sont considérés d'abord comme une congestion, mais qui, d'après le médecin aussitôt appelé, ne sont autre chose que des

attaques d'épilepsie. Ces attaques se répètent à plusieurs reprises; dans l'intervalle, il y a d'abord du coma, puis un état d'excitation. Le 19, on l'amène à l'asile.

A ce moment, il existe un affaiblissement considérable des extrémités inférieures; le malade a peine à se tenir debout. Il vacille sur ses jambes, qu'il tient écartées, se laisse aller, tantôt en avant, tantôt en arrière. La parole est embarrassée; il trouve difficilement les mots et peut à peine articuler ceux qu'il veut prononcer. La physionomie est hébétée; il ne comprend rien, ne se doute pas qu'il a quitté son hôtel, sourit niaisement en montrant sa langue qui est épaisse, chargée d'un enduit blanchâtre. Il tortille machinalement sa cravate et son col, ne cesse pas de boutonner et de déboutonner son gilet. A la longue, il finit par dire en riant : « qu'il a fait la noce, qu'il gagne beaucoup. »

C'est un homme de petite taille, trapu, vigoureux, à cheveux noirs, d'un embonpoint marqué. La face est colorée, la santé physique paraît bonne. Pas d'inégalité pupillaire. X... est employé dans la même maison depuis quinze ans; il a fait quelques excès, et notamment des excès vénériens. Depuis plusieurs annés, il a la syphilis pour laquelle il suit un traitement. On a trouvé dans ses effets des pilules mercurielles et des ordonnances signées d'un spécialiste renommé. Cependant, en l'examinant, on ne trouve pas de signes de syphilis actuelle, ni engorgements ganglionnaires, ni manifestations cutanées; cicatrice de chancre sur le gland.

L'état du malade s'améliora rapidement; mais il a perdu complètement la mémoire de tout ce qui lui est arrivé depuis le 15. Il se rappelle son arrivée à l'hôtel, mais, à partir du moment où il a eu son attaque, plus rien, absolument rien.

Il fut retiré par sa famille le 26: il avait à peu près repris son état normal

Quoique cette observation n'ait pu être suivie assez longtemps, que j'ignore absolument ce qu'est devenu le malade, il me paraît cependant qu'elle peut être donnée comme un exemple d'épilepsie de cause syphilitique. Peut-être était-ce le début d'une paralysie générale? Où l'épilepsie a bien imprimé son cachet, c'est dans l'amnésie complète qui a suivi l'attaque, et le prompt retour à l'état normal.

Je rapporterai encore une observation curieuse de Portal (1) : un enfant qu'une nourrice atteinte d'un vice vénérien avait allaité, devint rachitique..., il fut sujet à des convulsions, à une dentition vicieuse et irrégulière, enfin, à de vrais accès d'épilepsie. Cet enfant fut soumis à l'usage des bains et prit longtemps du sirop de Bellet (au mercure). Son habitude extérieure rachitique parut

(1) *Loc. cit.*, p. 282.

éprouver une espèce d'amendement; les accès épileptiques diminuèrent, s'éloignèrent, et enfin n'eurent plus lieu...

Et Portal ajoute : « je ne doute nullement que l'on ne parvienne à obtenir de plus heureux effets qu'on n'a encore fait des préparations mercurielles dans le traitement des épilepsies qui proviennent du vice vénérien » (1).

c. **Épilepsie alcoolique.** — Beaucoup d'épileptiques s'adonnent à la boisson, deviennent des alcooliques. On voit alors se développer chez eux les symptômes de l'alcoolisme, qui se surajoutent, en les aggravant, à ceux de la maladie convulsive. Ce n'est pas là l'épilepsie alcoolique.

L'épilepsie alcoolique est celle qui se manifeste chez un alcoolique, après une intoxication prolongée. On ne l'observe donc guère que chez l'adulte.

Elle a été signalée déjà par Magnus Huss, qui distingue une épilepsie alcoolique et des convulsions épileptiformes chez les alcooliques. Legrand du Saulle note le vertige et l'attaque franche d'épilepsie dans l'alcoolisme aigu, et les convulsions épileptiformes ou hystéro-épileptiformes dans l'alcoolisme chronique. Je n'attache aucune valeur à ces distinctions : l'épilepsie alcoolique présente les mêmes variétés d'attaques que toutes les autres.

Dagonet (2) admet que l'épilepsie peut être la conséquence de l'alcoolisme *accidentel* : « On peut observer, dit-il, des personnes prises d'attaques épileptiformes violentes, après avoir absorbé, même accidentellement, et en assez grande quantité, du vin blanc, par exemple, mêlé à l'eau-de-vie, lorsque surtout cette dernière est de mauvaise qualité. »

Mais elle est bien plus fréquente dans l'alcoolisme aigu et dans l'alcoolisme chronique. Drouet (3) est arrivé aux données statistiques suivantes : sur 529 alcooliques entrés à l'asile de Ville-Evrard, depuis le mois de février 1868 jusqu'au 15 juillet 1872, il

(1) On le voit, déjà Portal pressentait une relation entre la syphilis et le rachitisme. En outre, il attribue une si grande influence au vice vénérien, qu'il dit : « Je crois qu'il y a un moins grand nombre d'épileptiques en France, surtout dans les provinces du nord, qu'en Italie et en Espagne, où il y en a encore davantage, à cause aussi de quelque vice scrofuleux ou syphilitique qui y domine. »

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1873. t. IX, p. 390.

(3) *Annales médico-psychologiques*, 1875, t. XIII, p. 193.

y en avait 54, soit un peu plus de 1 sur 10, qui avaient eu des attaques d'épilepsie à un moment quelconque de leur maladie et sous l'influence seule de l'intoxication ébrieuse aiguë ou chronique. Sur ces 54 épileptiques, il y avait 45 hommes et 9 femmes, tous âgés de 20 à 60 ans. Mais, tandis que 2 seulement avaient de 20 à 30 ans, 8 de 50 à 60, le plus grand nombre, soit 44, étaient âgés de 30 à 50 ans.

Ce qui, suivant Lentz (1), s'explique par ce fait, que l'invasion des convulsions présuppose une saturation alcoolique avancée. Drouet donne une explication analogue. Il décrit trois degrés dans l'aptitude convulsive : 1° d'abord il faut, pour provoquer les convulsions épileptiques, la circonstance d'excès plus considérables que d'habitude; 2° plus tard elles peuvent survenir en dehors du delirium tremens, et alors que les malades boivent avec une intempérance modérée; 3° enfin l'aptitude convulsive peut s'établir à demeure, et persister, alors même que le malade a cessé de faire des excès alcooliques.

Est-ce l'alcool, sont-ce des substances tenues en dissolution dans l'alcool qui sont la cause déterminante de l'épilepsie? Cette question a été posée après les expériences que Marcé d'abord, Magnan ensuite, ont faites sur l'essence d'absinthe.

Magnan est arrivé à cette conclusion que c'est l'essence d'absinthe qui, seule, dans l'alcoolisme, provoque les convulsions épileptiques; seule elle serait épileptogène. Ces conclusions sont évidemment trop absolues. Personne ne nie l'action spéciale que peut exercer l'essence d'absinthe, quoique pourtant on ait signalé des buveurs d'absinthe invétérés (prenant jusqu'à dix et quinze petits verres par jour), à l'armée d'Afrique, par exemple, qui n'ont jamais eu d'attaques convulsives.

Ingels et Semal en Belgique (2) ont rapporté des observations absolument concluantes d'épilepsie alcoolique, sans absinthe. Legrand du Saulle rejette également cette étiologie restreinte : il fait remarquer d'abord que les alcooliques épileptiques boivent en général en même temps que l'absinthe, d'autres liquides, tels que vin blanc, bitter, eau-de-vie. Ensuite il établit qu'à Paris la consommation d'absinthe est beaucoup moindre qu'on ne l'ima-

(1) *De l'alcoolisme*. Bruxelles, 1884, p. 418.
(2) *Bulletin de la Soc. de médecine mentale belge*, n° 4, pp. 34 à 36.

gine. « A Paris, dit-il, l'ouvrier boit du vin rouge et rien que du vin rouge. Les femmes, les cochers et les chiffonniers, boivent du vin blanc et de l'eau-de-vie. Quant à l'absinthe, elle est recherchée surtout par les petits employés, les sous-officiers des corps sédentaires, les commis, et en général les déclassés de toute catégorie (1).

Mon observation personnelle m'a conduit aux mêmes conclusions. Du reste, voici ce que dit Samt, dans un travail paru en 1875 dans l'*Archiv f. Psychiatrie*, VI, 1e heft., p. 146 : il fait observer que les buveurs de Berlin deviennent plus fréquemment épileptiques que ceux de Paris. Magnan et Bouchereau ont trouvé, pour 1870, 31 épileptiques sur 378 aliénés, soit 1 sur 12, et pour 1871, 15 épileptiques sur 291 aliénés, soit 1 sur 19.

La proportion est bien plus forte à Berlin. D'après Westphal, 30 % des alcooliques admis dans l'année sont épileptiques avant même que le delirium tremens ait éclaté; 30 % des autres sont frappés d'épilepsie au début même du delirium tremens. Sur trente et un alcoolisés sortis de la *Charité* de Berlin pendant le mois de novembre 1874, sept étaient épileptiques, dont quatre avec delirium tremens. Proportion d'autant plus remarquable, que l'usage de l'absinthe est inconnu des buveurs berlinois. Il faut donc que les alcools qu'ils absorbent renferment des substances épileptogènes encore plus actives que l'absinthe.

Sur 187 épileptiques dont j'ai réuni les observations (109 hommes et 78 femmes), j'ai noté l'alcoolisme 17 fois (15 hommes et 2 femmes), soit exactement 1 sur 11. Étaient-ce des buveurs d'absinthe ? Quelques-uns peut-être ; mais pour la plupart cela me paraît douteux, étant données les habitudes du pays qu'ils habitaient.

Un de ces malades avait eu sa première crise à l'âge de 18 ans, après un pari, qu'il exécuta, de boire un litre d'eau-de-vie, alors qu'il était déjà pris de vin.

Dans les deux observations suivantes, je suis certain que l'absinthe n'a joué aucun rôle.

Observation IV. — Une jeune femme de la campagne, sans antécédents héréditaires, ni maladies antérieures, se marie et exploite une auberge avec son mari. Elle y prit l'habitude de boire, et bientôt elle s'enivra régulière-

(1) *Étude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, 1877, p. 135.

ment chaque jour. Elle ne tarda pas à avoir des attaques d'épilepsie très violentes, quelquefois suivies de délire furieux. Un jour elle tomba près du foyer de sa cuisine, et se blessa grièvement à la tête. J'essayai diverses médications; mais, ne pouvant obtenir que la malade s'abstînt de boire, je persuadai au mari de quitter son auberge. Il s'y décida; la jeune femme perdit ses habitudes d'intempérance, l'épilepsie disparut. Deux grossesses heureuses se succédèrent à court intervalle, et, pendant les cinq années que je pus encore suivre ma cliente, je pus m'assurer que sa santé était redevenue parfaite; il n'y eut plus aucun accident convulsif.

Observation V. — Un jeune homme de 28 ans, commis-négociant, appartenant à une famille de buveurs (père, mère, un frère ivrognes), mais ayant toujours mené la vie la plus sobre et la plus régulière, perd sa femme, et, de chagrin, se met à boire. Au bout de quelques mois, première attaque de delirium tremens, et, dès le début, attaque d'épilepsie formidable. Il guérit de cette première atteinte, et pendant six mois il put reprendre son travail de bureau, sans nouvelle crise convulsive. Mais il recommença à boire, et, à la suite d'une série d'attaques, il fut pris d'accidents cérébraux qui l'enlevèrent rapidement.

Ces deux malades, j'en ai la certitude complète, n'avaient jamais bu une goutte d'absinthe : la bière, le vin blanc, des eaux-de-vie de prunes et de cerises, de qualité inférieure, avaient été les seuls liquides ingérés.

Observation VI. — H..., 41 ans, treillageur (autrefois garçon de recette dans une banque), entre le 24 septembre 1881, en proie à une attaque de delirium tremens. Ce malade, d'après les renseignements qui me sont donnés, aurait eu des convulsions à l'époque de la dentition, une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans, mais ces accidents n'auraient laissé aucune trace, et la santé était parfaite. Un frère est mort de méningite, étant enfant. Depuis des années, mais surtout depuis la guerre de 1870, H... buvait; il était arrivé à prendre par jour 2 litres de vin rouge et une grande quantité de petits verres. Le 1er janvier 1875, première atteinte de delirium tremens, dont il guérit. Seconde atteinte en mars 1877, mais beaucoup plus grave, car, à partir de cette époque, il eut des attaques d'épilepsie, grandes et petites, et des accidents cérébraux, tels que changement de caractère, affaiblissement de la mémoire, et par intervalles, probablement à la suite des attaques, délire passager. Un nouvel accès de delirium tremens motiva son internement; il eut une grande attaque d'épilepsie le jour même de son entrée, le 18 octobre une petite attaque, le 6 novembre une grande. Sa famille le retira le 18 novembre; il était guéri du delirium tremens, mais de l'épilepsie? J'ignore ce qu'il est devenu.

Chez ce malade, l'épilepsie avait un caractère de gravité qu'il

faut attribuer sans doute aux lésions cérébrales et méningées produites par l'intoxication alcoolique prolongée; mais il ne paraît pas que ce fût un buveur d'absinthe.

Pour terminer, je dirai qu'aujourd'hui il est généralement admis que l'épilepsie que l'on observe dans les cas d'empoisonnement par l'alcool (on devrait dire les alcools), n'est pas due à l'alcool lui-même, mais à certains produits surajoutés. Parmi ces produits il faut signaler l'essence d'absinthe; mais il en est un grand nombre d'autres, encore mal étudiés, et dont l'influence épileptogène ne paraît pas contestable (1).

d. **Épilepsie saturnine.** — L'empoisonnement par le plomb se traduit par des accidents cérébraux variés, sur lesquels depuis longtemps s'est portée l'attention. Suivant Tanquerel des Planches (2), les convulsions sont les accidents cérébraux saturnins les plus fréquents. Mais tantôt ce sont des convulsions partielles ou générales, avec conservation du sentiment; tantôt ce sont des attaques d'épilepsie ou épileptiformes (3). L'épilepsie saturnine se déclare tantôt brusquement, sans être annoncée par aucun phénomène précurseur; tantôt on observe quelques dérangements du côté de la tête, avant l'invasion de l'attaque. Quelquefois l'attaque est précédée par une espèce de tournoiement qui fait croire aux malades que tous les objets tournent sans cesse autour d'eux. Chez d'autres, il existe, quelques heures ou un jour avant l'attaque, un peu d'agitation, une douleur frontale médiocre. Chez quelques-uns, l'épilepsie est précédée d'amaurose. Jamais cependant on n'a pu constater l'existence d'une *aura* (4). L'attaque est tantôt complète, tantôt partielle; mais elle est généralement suivie, soit de coma, soit de délire. Enfin il n'est pas rare d'observer la succession d'attaques qui constitue l'état de mal, et qui se prolonge vingt-quatre heures et au delà.

L'épilepsie saturnine est grave : suivant Tanquerel, la mortalité est d'un cinquième. Grisolle a vu mourir presque tous ses malades.

(1) Voir LABORDE. Communication à l'Académie de médecine, 2 et 16 octobre 1888, et discussion.

(2) *Traité des maladies du plomb*. Paris 1839, 2 vol.

(3) T. II, p. 298.

(4) *Ibid.*, p. 301.

Rosenstein, cité par Rosenthal, a démontré que l'intoxication saturnine chronique ne provoque ni albuminurie, ni altérations chroniques des reins; mais qu'après la mort, on trouve dans le cerveau des animaux mis en expérience la présence du plomb dans le tissu cérébral, avec anémie cérébrale. De même, dans le cerveau de l'homme qui a succombé, on rencontre du sulfate ou de l'albuminate de plomb.

e. Il existe, outre les variétés que je viens de signaler, une foule d'autres **affections épileptiformes** ou **éclampsies** (1), que l'on voit survenir dans les deux sexes et à tous les âges, et qui se rattachent à des causes diverses. Parmi celles-ci, la maladie de Bright est l'une des plus fréquentes. L'éclampsie *urémique* ou *brightique* pourrait à la rigueur être classée parmi les épilepsies toxiques, car, comme j'ai eu l'occasion de le dire, on a cherché à l'expliquer par un empoisonnement du sang, conséquence du trouble de la sécrétion rénale.

Ce trouble rénal a été également invoqué pour rendre compte de l'épilepsie qui se lie à l'état puerpéral, et qui constitue l'*éclampsie puerpérale*.

On sait que l'*éclampsie puerpérale* peut se monter à toutes les époques de la puerpéralité; mais c'est habituellement dans le courant du huitième au neuvième mois de la grossesse que les attaques débutent, et avant tout phénomène de travail : celui-ci ne se déclare que pendant les attaques, et en est la conséquence (2).

Je ne puis entrer ici dans le détail de toutes les particularités qui se rattachent à ces éclampsies, et notamment à celles des femmes enceintes (3). Il suffit de signaler cette deuxième variété de maladie épileptiforme, dans laquelle on explique la production de l'attaque par un empoisonnement du sang, lié à l'affection du rein. Du moins, c'est la théorie qui a survécu à celles qui voulaient rendre compte des attaques, soit par une altération matérielle des centres nerveux ou de leurs enveloppes (Marchal de Calvi), soit par une congestion cérébro-spinale (Broussais, H. Blot, etc.),

(1) Le mot *éclampsie*, introduit dans la science depuis Sauvages, est un terme général, simplement synonyme d'*affection épileptiforme* ou *épilepsie*.

(2) Ém. Bailly. Art. *Éclampsie*, du *Dict. de Jaccoud*, 1870.

(3) Braun (maternité de Vienne) a trouvé quarante-quatre cas d'éclampsie sur vingt-quatre mille accouchements, soit environ un sur six cents.

soit par une irritation réflexe du système spinal, ayant son point de départ dans la souffrance de l'utérus (Scanzoni, Tyler Smith, Krause, Kiwisch), soit enfin par l'anémie du cerveau (Kussmaul et Tenner, Sée). Mais, comme je l'ai dit plus haut quand j'ai étudié la physiologie pathologique de l'accès d'épilepsie, on n'est pas fixé sur la nature de l'empoisonnement du sang, et le sujet demande de nouvelles recherches.

L'épilepsie alcoolique, l'épilepsie saturnine, l'éclampsie urémique, peuvent être considérées comme des épilepsies toxiques : c'est un agent toxique, alcool (ou substances contenues dans l'alcool), plomb, matériaux de l'urine, qui vient irriter le cerveau, et détermine les convulsions. Existe-t-il d'autres poisons pouvant exercer la même action? J'ai rapporté, il y a quelques années, l'histoire d'un éthéromane qui, après une longue intoxication par son poison favori (il n'était pas alcoolique), finit par succomber en état de mal (1).

L'ergot de seigle paraît être également épileptogène (2).

Enfin, on a accusé l'impaludisme : depuis Hippocrate, il y a eu des médecins pour prétendre que l'intoxication palustre peut être cause de l'épilepsie. Le fait ne me paraît pas certain. Il se peut cependant que des accès *pernicieux* se manifestent sous forme d'attaques épileptiques.

J'arrive maintenant aux épilepsies liées aux affections cérébrales proprement dites : elles sont extrêmement nombreuses. Je ne sais s'il existe une lésion quelconque du crâne, des méninges ou de l'encéphale, qui ne puisse entraîner des attaques d'épilepsie; aussi ne saurais-je vouloir même les énumérer toutes. Je signalerai les plus importantes, et parmi celles-ci :

f. **L'épilepsie qui complique la paralysie générale.** — De toutes les affections cérébrales, il n'en est aucune dans laquelle les convulsions épileptiques soient aussi fréquentes que la paralysie générale. C'est à se demander si cette épilepsie n'est pas un symptôme constitutif de la maladie. Elle n'a pu échapper à l'attention des premiers observateurs, Bayle, Calmeil, et depuis nul n'a

(1) CHRISTIAN, in *Bulletin de la Soc. de médecine de Paris*, t. XXI, p. 106.
(2) SIEMENS. *Arch. f. Psych. und Nervenkrankh.*, t. XI.

décrit la paralysie générale sans accorder à ce syndrome une importance considérable, et méritée.

Il est encore difficile actuellement de préciser les rapports qui existent entre la paralysie générale (méningo-encéphalite chronique diffuse) et l'épilepsie. Calmeil déjà avait cherché à résoudre ce problème : « Ce ne sont que des symptômes, dit-il, en parlant des attaques épileptiformes (1); il serait important de déterminer ce qui se passe dans le cerveau au moment où ils se manifestent. J'espérais, en multipliant les autopsies, arriver à quelque résultat positif à cet égard; mais jusqu'ici je n'ai trouvé aucune différence essentielle entre les cerveaux de paralytiques morts au milieu des convulsions et les cerveaux des paralytiques qui n'ont pas eu de convulsions. »

Ceci était écrit en 1826. Nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui. Je me souviens qu'au début de mes études j'avais vu mourir coup sur coup plusieurs paralytiques généraux en état de mal, et chaque fois l'autopsie m'avait révélé une hydropisie aiguë du cerveau (liquide extrêmement abondant dans les ventricules et dans la cavité de l'arachnoïde). Je croyais tenir l'explication que je cherchais, quand de nouvelles autopsies vinrent bientôt me démontrer que ce fait n'avait aucune signification précise (2).

Il est à noter que les convulsions épileptiformes se produisent dans la paralysie générale à toutes les périodes de la maladie. Tantôt elles ouvrent la scène : un homme, en pleine apparence de santé, est terrassé par une attaque, à laquelle on cherche une cause banale quelconque. Des mois se passent, l'intelligence s'altère insensiblement; un beau jour éclate un accès de manie caractéristique, avec embarras de la parole, etc., et l'on se trouve en présence d'une paralysie générale qui va évoluer plus ou moins rapidement.

De pareils faits ne sont pas rares. On en trouve dans Legrand du Saulle (3); avant lui Morel (4), Billod et bien d'autres en avaient rapporté. Mais, quoi qu'en dise Legrand du Saulle, il n'y a pas lieu d'en faire une classe à part. Ce ne sont pas deux maladies qui se surajoutent; l'attaque épileptiforme marque le début de la paralysie générale; elle en est le premier symptôme.

(1) *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826, p. 254.

(2) BAYLE avait déjà eu cette idée.

(3) *Étude médico-légale sur les épileptiques*, chap. VI.

(4) *Affaire Chorinsky*.

On peut voir, il est vrai, des épileptiques véritables, de ceux atteints réellement de la grande épilepsie, devenir paralytiques généraux : ce sont des cas d'un tout autre ordre; j'en apporterai des exemples plus loin.

Le plus souvent, les attaques épileptiformes surviennent dans le cours de la paralysie générale et pendant tout le temps de son évolution. Il n'est guère de paralytique qui soit à l'abri de cette complication, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en général l'attaque survient subitement, sans prodromes, sans qu'on puisse la rattacher à une cause occasionnelle quelconque. Elle éclate la nuit, pendant le sommeil, ou le matin, au réveil, ou pendant le repas, ou à la promenade. Souvent elle se dissipe sans laisser de traces, mais presque toujours elle marque une aggravation dans les symptômes cérébraux; elle est suivie de délire, d'agitation, d'un trouble profond dans les idées, d'hémiplégie passagère; l'intelligence reste plus affaiblie qu'auparavant. Enfin, à la période terminale, c'est surtout sous forme d'attaques imbriquées, d'état de mal, que les convulsions épileptiformes se produisent, et un tiers des paralytiques généraux succombent de cette façon (voir plus haut).

On rencontre dans la paralysie générale et chez le même malade tantôt la grande attaque, tantôt une simple absence, tantôt un trouble vertigineux; les conséquences sur la marche de la maladie sont également fâcheuses. Je ne donnerai comme exemple que l'observation suivante :

Observation VII. — Officier de cavalerie, 37 ans, marié, père de cinq enfants. C'est un grand, bel homme, cheveux et barbe noirs. Il paraît qu'il n'existe aucun antécédent héréditaire. Il y a quatre ans, le malade a fait une chute de cheval, dans laquelle il s'est fracturé la jambe et a eu une forte commotion cérébrale. A partir de cette époque, changement d'humeur et de caractère; il a négligé sa femme et ses enfants, est devenu joueur, a perdu presque tout son avoir dans les tripots, a mené une conduite tout à fait extravagante. Les choses en étaient là, quand, le 16 décembre 1886, il fut pris d'une attaque épileptiforme, dans laquelle il se mordit la langue. Huit jours après, le 25, excitation violente qui force de le placer à l'hôpital militaire, où il met tout en pièces. Quelques jours après, il est transféré à l'asile.

A son entrée, les signes de la paralysie générale étaient évidents, la maladie présentait les symptômes et suivit la marche classiques. Après une période d'excitation assez longue, M. X... était devenu calme, lorsque, le

24 avril 1887, pendant qu'il jouait au billard, il eut une nouvelle attaque épileptiforme; elle n'eut pas de suite; il avait pissé dans son pantalon, mais ne s'était pas mordu la langue.

22 décembre. — Le matin, au réveil, forte attaque, suivie d'une agitation maniaque furieuse pendant quelques heures, puis calme complet.

2 janvier 1888. — Attaque faible, sans chute, mais pendant deux jours le malade est complètement égaré, ne comprend rien, chiffonne, bredouille sans cesse les mêmes mots; 14 février, attaque forte, reste troublé, hébété.

Depuis ce moment la paralysie générale progresse rapidement; l'intelligence baisse; amaigrissement, marasme, escarres. Il succombe au commencement de juillet. L'autopsie ne révéla que les lésions habituelles de la paralysie générale.

g. **Épilepsie par lésion de l'encéphale (1) ou de ses enveloppes.** — Elles sont excessivement variées et nombreuses : il n'est pas d'altération morbide du crâne, des méninges, de l'encéphale, qui ne puisse se traduire symptomatiquement par des attaques épileptiformes. Beaucoup de ces épilepsies rentrent sans doute dans l'une ou l'autre des catégories précédentes : épilepsie traumatique, syphilitique, etc. Celle même de la paralysie générale pourrait être rattachée aux lésions diffuses qui sont constantes chez les paralytiques généraux. Mais, en dehors de ces cas, il en existe dans la science un nombre presque infini, avec lésion localisée de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Je ne pourrais assurément faire une énumération complète de tout ce qui a été observé. On lit, par exemple, dans le *Sepulchretum* des observations d'épilepsie *a carie cranii* (III), *a vitio duræ meningis* (IV), *ab apostemate in cerebro* (XX), *ab abcessu in cerebro* (XXI), etc. Jos. Franck donne une interminable liste de tout ce qui a été trouvé à l'autopsie : on y trouve, comme dans l'ensemble des observations publiées dans ces derniers temps, les tumeurs de tout siège et de toute nature : les lésions des méninges, abcès, fausses membranes (pachyméningite), hémorragies; les hémorragies du cerveau, les kystes hydatiques, les foyers de ramollissement, le cancer, etc. En voici quelques exemples :

Observation VIII. — *Hémorragie cérébrale, hémiplégie gauche, épilepsie, démence.* — Un négociant, âgé de 67 ans, goutteux depuis de longues années,

(1) La lésion peut siéger ou dans le cerveau proprement dit, ou dans le cervelet, ou dans le bulbe; je pourrais citer des exemples de chaque espèce, mais cela m'entraînerait trop loin.

presque sourd, est frappé d'hémorragie cérébrale (hémiplégie droite, paralysie de la langue, etc.). Les accidents de paralysie se dissipèrent assez bien pour qu'au bout de quelques mois le malade pût quitter sa chambre et retourner même à son bureau. Cependant la surdité était plus marquée, et la mémoire avait faibli. Trois ans se passèrent sans nouvel accident. Mais, au commencement de la quatrième année, la perte de mémoire fait des progrès, l'intelligence baisse, les jambes deviennent plus faibles. Puis surviennent de fortes attaques d'épilepsie, qui se répètent à intervalles irréguliers. A partir de ce moment la démence fait de rapides progrès: le malade ne reconnaît plus même ses enfants, il n'a plus la notion du temps et est étranger à tout ce qui se passe autour de lui. En même temps son caractère change: il a des fureurs subites pendant lesquelles il cherche à étrangler la servante qui le soigne avec le plus entier dévouement. Il succombe dans une attaque, un an environ après le début de l'épilepsie. L'autopsie ne put être faite.

Quoique l'autopsie n'ait pas permis de constater dans quel état se trouvait le cerveau, il est possible cependant de considérer ce cas comme une épilepsie *posthémiplégique*, et de supposer qu'il y a eu successivement hémorragie cérébrale, cicatrisation du foyer, puis, autour de ce foyer, travail de ramollissement; c'est sans doute à ce dernier qu'il faut rattacher l'épilepsie.

L'observation suivante me paraît offrir un grand intérêt :

Observation IX. — A..., 51 ans, entre en juin 1881. Les seuls renseignements que nous ayons obtenus sur ce malade sont les suivants : pendant qu'il était au service militaire, il reçut un jour un coup de pied de cheval à l'occiput. Quelques semaines plus tard il était épileptique. On le réforma, et il fut placé à l'Hôtel des Invalides, où il resta une quinzaine d'années. Mais alors il devint difficile, méchant, agressif; il faillit même un jour tuer un de ses camarades; il fut transféré dans notre asile d'aliénés.

A son entrée, il présentait un certain état de torpeur intellectuelle; il avait de la peine à parler, et, en outre, il avait un grincement des dents presque continu, qui finissait par l'agacer, disait-il, et auquel il remédiait en plaçant son mouchoir entre les arcades dentaires. Il était irritable, réclameur, mais pendant les cinq ans qui suivirent son admission, il n'eut jamais aucune attaque d'épilepsie, ni complète, ni incomplète : du moins, on n'en constata jamais. Vers la fin de 1885, son intelligence s'affaiblit notablement, et en même temps l'embarras de la parole était de plus en plus marqué. Cependant la santé physique restait bonne.

Le 25 avril 1886, on le trouva dans les cabinets d'aisances en proie à une attaque d'épilepsie. Transporté à l'infirmerie, il eut, coup sur coup, de nouvelles attaques, et il succomba à 3 heures du matin, sans avoir repris connaissance.

L'autopsie fut pratiquée le 27. On constata tout d'abord une épaisseur

extraordinaire des os du crâne; au niveau des bosses frontales, elle n'était pas moindre de 0m,01, et dans le voisinage de l'occipital, elle allait jusqu'à 0m,015.

L'encéphale pèse 1,070 grammes; entre l'hémisphère cérébral droit et le gauche il y a une différence de poids de 40 grammes au profit du premier (480 grammes et 440 grammes).

La première circonvolution frontale gauche est complètement ramollie et réduite en une bouillie blanchâtre qu'entraîne facilement un mince filet d'eau.

Le ventricule moyen gauche est rempli par un énorme caillot de sang récent, pesant environ 30 grammes et débordant au dehors autour du tube et de la protubérance.

Il s'agit, ce me semble, d'une épilepsie traumatique transformée plus tard en épilepsie cérébrale, par suite de la lésion consécutive de la circonvolution frontale (foyer de ramollissement). La mort a été amenée par l'hémorragie.

h. **Épilepsies infectieuses (?).** — On a vu quelquefois l'épilepsie survenir à la suite d'une fièvre exanthématique, rougeole, scarlatine, variole. Pariset en a signalé à la suite de l'épidémie de fièvre jaune de Barcelone; Delasiauve en a vu un cas après une atteinte de choléra. A ces maladies il faut joindre la fièvre typhoïde, la méningite tuberculeuse, parce que toutes ont le caractère commun de produire des foyers infectieux disséminés dans les centres nerveux. Du moins, c'est l'explication que l'on propose actuellement et qu'ont défendue avec talent Marie (1) et Lemoine (2). Ces auteurs sont persuadés que la plupart des épilepsies qui surviennent dans l'enfance tiennent, non pas à l'hérédité, mais à l'influence accidentelle de l'une ou l'autre des maladies infectieuses si fréquentes à cet âge. Et ces épilepsies infectieuses de l'enfance se rapprocheraient beaucoup, par leur processus, des épilepsies toxiques, syphilitiques, éclamptiques et même traumatiques de l'adulte. Dans les unes comme dans les autres, le cerveau serait atteint dans sa substance, soit par des dépôts de corps étrangers (plomb dans l'épilepsie saturnine), soit par des plaies, des ruptures vasculaires (traumatisme), soit enfin par des foyers microbiens disséminés (syphilis, maladies infectieuses).

(1) *Progrès médical*, 1877.
(2) *Ibid.*, 21 avril 1888.

Ces lésions cérébrales guérissent toutes par un procédé identique, la cicatrisation des petits foyers ; ce seraient ces cicatrices persistantes qui deviendraient une cause d'irritation permanente et détermineraient l'épilepsie.

La théorie est séduisante, mais les épilepsies infectieuses sont-elles aussi fréquentes que semblent le croire Lemoine et Marie, notamment chez les enfants ? C'est un point sur lequel je reviendrai plus loin.

B. — Epilepsies sympathiques, réflexes, périphériques.

Les anciens, à l'imitation d'Hippocrate, avaient cru que certaines épilepsies ont leur cause originelle, non dans le cerveau, mais dans l'estomac. Puis, ce cadre s'est élargi : on a décrit des épilepsies partant des organes génitaux, du foie, du pancréas (1), en un mot, d'un organe quelconque.

L'idée que l'on se faisait de l'*aura* a certainement été pour beaucoup dans cette théorie. Du moment que l'attaque débutait, avec une régularité absolue, par une douleur dans l'estomac, ou dans un membre, ou dans la région génitale, que cette douleur *montait* vers le cerveau, où son arrivée déterminait la perte de connaissance et la chute soudaine, il était naturel de penser que le mal lui-même siégeait primitivement dans l'endroit où apparaissait la douleur initiale. Quelques guérisons heureuses, obtenues par un traitement appliqué directement à l'endroit d'où partait l'*aura*, sont encore venues confirmer cette manière de voir et ont fait accorder à l'épilepsie sympathique une place considérable.

Trop considérable même ; car, à côté d'observations authentiques, les auteurs, même les plus sérieux, ont compilé les faits les plus invraisemblables. Quand on lit le livre de Tissot et qu'on voit avec quelle complaisance il répète des histoires puisées au hasard, on s'explique la sévérité de Georget qui, à l'exemple de Pison, de Willis, de Moor, rejette absolument les épilepsies sympathiques (2).

(1) Observation XXXIX du *Sepulchretum*.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 363.

Cependant l'épilepsie sympathique existe; les expériences célèbres de Brown-Sequart l'ont démontré péremptoirement. Qu'on l'appelle *sympathique*, comme les anciens; *réflexe* ou *périphérique*, comme le veut le langage scientifique moderne, il faut reconnaître qu'il existe une variété de l'épilepsie qui peut être provoquée par une irritation périphérique.

Tout le monde sait en quoi consistent les expériences de Brown-Sequart : chez des cobayes, il pratique une section transversale du centre nerveux spinal, ou d'un peu plus de la moitié postérieure de cet organe, ou d'une de ses moitiés latérales, et constamment, chez ces cobayes, il se produit, au bout d'un certain temps, une affection convulsive épileptiforme (1).

Brown-Sequart a démontré en outre que des cobayes, rendus ainsi épileptiques, naissent des petits épileptiques, et que, pour provoquer une attaque, il suffit d'irriter chez eux certaines parties de la peau, une région limitée qui constitue une *zone épileptogène* (2).

Enfin, la section du nerf sciatique, du poplité interne, des racines postérieures des nerfs dorsaux ou lombaires, chez des cobayes, produit également l'épilepsie (3).

Ce sont là des faits d'expérimentation indiscutables, et qui ont été bien souvent répétés depuis. Ils sont corroborés par la clinique.

Ainsi Brown-Sequart a recueilli une trentaine d'observations, chez l'homme, dans lesquelles l'irritation d'une partie déterminée de la peau provoquait une attaque d'épilepsie ; et Vulpian pensait que le nombre des cas de ce genre serait plus considérable, si l'on pouvait examiner toutes les régions de l'enveloppe cutanée. Beaucoup d'auteurs ont constaté des zones épileptogènes chez certains de leurs malades : Voisin, Bochefontaine, Gowers, en ont rapporté des exemples. Dieulafoy, dans sa thèse d'agrégation (1875), cite un malade atteint de névralgie sciatique gauche par suite d'une contusion violente de la cuisse, chez lequel le pincement de la face et du cou du côté gauche provoquait une épilepsie avec convulsions dans tout le côté gauche.

Un malade de Magnan était devenu épileptique à la suite d'un

(1) *Archives de physiologie*, 1869, t. II, p. 210.
(2) *Ibid.*, p. 215.
(3) *Ibid.*, p. 501.

coup de pied de cheval sur le talon gauche; un autre, dont Billroth a publié l'histoire, à la suite d'une contusion du nerf sciatique. On trouve dans Franck (1) l'histoire d'un jeune homme de 23 ans, qui devint épileptique après un coup sur le scrotum : il guérit par la castration.

Je pourrais énumérer un nombre infini d'épilepsies (2) qu'on a rattachées à des troubles dentaires, à des lésions de l'oreille, aux troubles de la menstruation, aux excès sexuels, etc. Mais combien de ces faits qui sont pour le moins douteux ! Combien de fois a-t-on pris pour cause ce qui n'était qu'un symptôme, ou même que l'effet de la maladie !

Enfin, il est un grand nombre d'observations auxquelles, malgré toute ma déférence pour les autorités qui les ont publiées, il m'est absolument impossible de donner créance. Quand je vois des épilepsies attribuées à l'amaigrissement, ou à l'obésité, ou à la présence d'un ténia ou de quelques lombrics dans l'intestin, ou à mille autres causes aussi petites et aussi banales, je crois sage de rester dans le doute. Je me dis que les faits de cette nature sont d'autant plus fréquents qu'on les recherche dans des auteurs plus éloignés de nous, et qu'ils ont singulièrement diminué au fur et à mesure que les conditions d'observation scientifique sont devenues plus rigoureuses.

L'épilepsie *sympathique, réflexe, périphérique*, existe réellement, mais il faut ne l'admettre qu'à bon escient. Il faut surtout éliminer complètement tous les cas dans lesquels il y a simplement convulsions, sans perte de connaissance : ces cas ne sont pas de l'épilepsie.

Ceci m'amène à dire quelques mots de ce syndrome clinique si improprement appelé *épilepsie jacksonnienne*, parce que c'est Hughlings-Jackson qui, en 1863, en a fixé l'anatomie pathologique, mais déjà connu depuis 1827, où Bravais, dans sa thèse, en avait donné une description complète. Cette épilepsie jacksonnienne, appelée aussi épilepsie *partielle, sympathique, hémiplégique*, est caractérisée par des convulsions débutant généralement

(1) *Loc. cit.*, p. 366, note 89.

(2) J'ai soigné un capitaine d'infanterie, sans aucune prédisposition héréditaire, qui, en Crimée, eut le gros orteil emporté par un éclat d'obus. Quelques mois après la cicatrisation, il avait eu des attaques d'épilepsie de plus en plus fréquentes, et qui nécessitèrent son placement dans une maison de santé; huit ans après, il était en complète démence.

par l'extrémité d'un membre, et se localisant dans ce membre. Après l'attaque, le malade peut rester atteint de paralysie plus ou moins complète, allant depuis la parésie la plus légère jusqu'à la paralysie complète des muscles envahis par les convulsions. Sous ce rapport, il n'y a rien qui différencie l'épilepsie jacksonnienne de l'épilepsie véritable ; car non seulement les véritables épileptiques peuvent avoir de ces attaques partielles, mais chez eux aussi elles sont souvent suivies d'hémiplégies, de paralysies plus ou moins complètes, temporaires. Mais ce qui établit entre les deux une démarcation absolue, c'est que, dans l'épilepsie jacksonnienne, il n'y a pas perte de connaissance ; ou, si elle survient, ce n'est qu'après les convulsions. Aussi l'auteur de l'étude la plus récente et la plus complète qui ait paru sur ce sujet, le Dr E. Rolland, a-t-il fort justement conclu que l'épilepsie jacksonnienne n'a de commun avec l'épilepsie que le nom. C'est un symptôme d'une lésion cérébrale qui, le plus souvent, siège dans la zone psycho-motrice de l'écorce cérébrale, ou au voisinage de la zone motrice (1).

Étiologie.

Dans tout ce qui précède, j'ai essayé de mettre en évidence :

1° Que la manifestation épileptique, l'ictus, l'attaque, est un syndrome constant, invariable ;

2° Qu'il peut coexister avec l'intégrité de l'intelligence et même avec des facultés supérieures ;

3° Que, suivant qu'il se combine avec d'autres éléments morbides, il aide à constituer des maladies différentes.

Cette distinction me paraît fondamentale et donne seule l'explication des variétés, presque innombrables, de l'épilepsie. Elle est surtout importante quand on veut étudier l'étiologie. Autre chose est de savoir ce qui cause la maladie, autre chose ce qui est la cause directe de l'accès.

Quand on parle des *affections épileptiformes*, leur étiologie est en quelque sorte contenue dans leur appellation même. Dans les épilepsies traumatiques, alcooliques, saturnines, syphilitiques, le titre seul indique la cause pathogénique certaine. Et l'on se con-

(1) E. Rolland. *De l'épilepsie jacksonnienne.* Paris, 1888.

tente de cette étiologie qui, pourtant, n'est pas complète, car tout individu blessé à la tête ne devient pas nécessairement épileptique, et toute syphilis cérébrale ne se complique pas fatalement d'épilepsie.

Dans la *grande épilepsie*, il n'y a pas de cause aussi évidente : sans doute, elle ne va pas sans une malformation congénitale du crâne. Mais cette malformation peut-elle être considérée comme cause de l'épilepsie? Difficilement, puisqu'elle existe dans une foule de cas où il n'y a pas épilepsie. Peut-être faut-il rattacher les deux à une même cause organique encore inconnue. Toujours est-il que, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons que poser le problème, et que, provisoirement, nous sommes ramenés à l'ancienne division classique des causes *prédisposantes* et des causes *occasionnelles* : les premières devant nous apprendre pourquoi certains individus apportent en venant au monde la perspective de devenir épileptiques dans les premières années de leur existence; les autres expliquant le pourquoi immédiat de la première attaque.

Parmi les causes prédisposantes, la plus importante certainement, sinon la seule, c'est l'*hérédité*.

Hérédité. — L'épilepsie est-elle une maladie héréditaire au sens propre du mot? c'est-à-dire des parents épileptiques donnent-ils naissance à des enfants épileptiques? suivant la formule : « Epilepticus genuit epilepticum ».

Hippocrate l'a cru. Il fait remarquer que rien n'empêche que celui dont les parents sont affectés du mal sacré n'en soit atteint lui-même et ne le transmette à ses descendants. Cette opinion a été admise par presque tous les anciens, mais fortement contestée par beaucoup de modernes.

Hoffmann, il est vrai, considère l'épilepsie comme la plus héréditaire des maladies : « neque est ullus morbus magis gentilitius, et qui tam facile a parentibus ad liberos devolvatur quam epilepsia (1). »

Boerhaave également croit que l'épilepsie essentielle, celle qu'il appelle *exquisitissima*, est héréditaire : « hæc vero inventa est contigisse per labem *hæreditariam*. Epileptici parentes, vel sola

(1) *Medic. ration. system.*, t. II, p. 10.

mater, vel pater, gignunt prolem, in qua similis propagatur epilepsia » (1). C'est Boerhaave aussi qui signale l'hérédité qui saute une génération, qui, du grand'père, se transmet au petit-fils sans passer par le père.

Bien d'autres auteurs sont arrivés aux mêmes conclusions : je citerai, parmi les anciens, Stahl, Siemsens, Van Swieten, Baumes, etc., et parmi les modernes : Beau, Piorry, Herpin, Hammond, Sieveking, Reynolds, Trousseau, qui « ne comprend pas que des auteurs recommandables aient mis en doute un fait accepté par la généralité des praticiens (2) » ; Gowers, qui déclare « qu'il est peu de maladies sur la production desquelles l'hérédité exerce une influence plus grande », etc.

Mais, à ces imposants témoignages, on peut en opposer d'autres qui attestent l'opinion, tout opposée, que l'épilepsie n'est pas une maladie héréditaire.

Tissot, par exemple, ne semble nullement convaincu de l'hérédité de l'épilepsie : « quand l'épilepsie, dit-il, serait quelquefois héréditaire, comme il le paraît, il ne faut pas croire que ce soit une hérédité inaliénable (3) ».

Louis la rejette absolument, de même Doussin-Dubreuil et Delasiauve. Enfin, tout récemment, de jeunes médecins, dont j'ai déjà cité les noms, sont encore plus catégoriques : « j'admets, écrit l'un d'eux, que l'enfant puisse naître épileptique, si la cause morbide l'a frappé pendant la vie intra-utérine ; mais ce que je ne saurais admettre, c'est que l'enfant puisse être conçu épileptique (4). »

Ces opinions contradictoires s'expliquent en partie par les statistiques, qui ont donné des résultats tout à fait disparates.

Ainsi Maisonneuve, sur 84 cas, n'a trouvé l'hérédité que 4 fois; Leuret, 1 fois sur 67 ; Beau, 22 fois sur 232. Tandis que d'autres auteurs sont arrivés à des chiffres bien plus considérables : Bouchet et Cazauvieilh (5), 31 fois sur 110.

Esquirol, sur 321 épileptiques, a trouvé 105 fois des traces d'hérédité ; Moreau (de Tours) (6) a rapporté les observations de

(1) *Loc. cit.*, p. 653.
(2) Tome II, p. 80.
(3) *Loc. cit.*
(4) Lemoine, in *Progrès médical*, 1888, p. 298.
(5) 1825.
(6) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVIII, 1854.

124 épileptiques, chez lesquels il a trouvé 30 fois (soit 1, sur 4) l'épilepsie chez les ascendants.

Aug. Voisin (1) a noté que, dans 17 ménages où le père ou la mère étaient épileptiques, il y a eu 35 enfants, dont 16, soit environ la moitié, sont morts de convulsions ou restés épileptiques.

Echeverria a donné une statistique importante (2) : une série de 136 épileptiques mariés (62 hommes, 74 femmes), ayant eu 533 enfants, a produit 78 enfants épileptiques (42 hommes, 36 femmes), soit 15 %.

Gowers, dont j'ai donné l'opinion plus haut, analyse 1218 cas qui lui sont personnels, et il en trouve 429, soit 35 %, dans lesquels existait l'hérédité névropathique. Sur 394 épilepsies héréditaires, il a trouvé le père épileptique 45 fois, la mère 46 fois.

Je signalerai encore les chiffres donnés par Dejérine (3) et empruntés à Bourneville : sur 350 épileptiques (242 femmes, 108 hommes), l'épilepsie chez les ascendants n'a été notée que 13 fois.

On voit combien ces chiffres diffèrent entre eux, et c'est à dessein que j'ai reproduit quelques statistiques donnant des résultats opposés. Il est difficile, en présence de ces résultats, de s'expliquer comment John Cheyne, qui pratiquait en Irlande, a pu prétendre que, si l'on interroge avec soin les épileptiques, on trouvera que ceux mêmes dont ni le père ni la mère n'ont présenté de traces de cette maladie, ont cependant toujours quelque membre de leur famille, oncle ou tante, ou grand'mère ou grand'père, atteint d'épilepsie.

Il y a, dans la question qui m'occupe, comme le fait remarquer Lucas (4), deux points de vue tout à fait distincts : 1° le *fait* même de l'hérédité ; 2° sa fréquence.

Or, la question de fréquence est, dans l'état actuel de la science, sans solution ; elle ne l'est pas seulement pour l'épilepsie, elle l'est pour toutes les affections en général.

Tout autre est la question de *fait*. S'il est avéré que le père ou la mère d'un épileptique sont également épileptiques, quelle raison

(1) Art. *Épilepsie* du *Dictionnaire de Jaccoud.*

(2) *Journal of mental science,* octobre 1880.

(3) *Hérédité dans les maladies du système nerveux.* (*Thèse d'agrég.* Paris, 1886.)

(4) Tome II, p. 724.

y a-t-il de nier l'hérédité ? Or, les observations de ce genre sont nombreuses.

Zacutus Lusitanus raconte l'histoire d'un homme épileptique qui eut huit fils et trois petits-fils atteints du même mal. Gowers a connu une famille dans laquelle cinq membres étaient affectés d'épilepsie : la mère, une tante maternelle, deux oncles et un cousin; une autre, dont quatorze membres étaient épileptiques : la mère et la grand'mère maternelle, une sœur de mère et une fille du frère de la mère, quatre sœurs et cinq enfants des sœurs.

Je signalerai, parmi mes malades (1) :

M..., père et sœur épileptiques;

La..., père épileptique; cousine germaine idem, morte dans un asile d'aliénés;

Des..., mère épileptique.

La question de fait est donc indiscutable : il y a des familles où le père et la mère épileptiques ont donné naissance à des enfants épileptiques; il faut donc, et c'est la conclusion de Dejérine (2), croire à l'hérédité directe (3).

Reste à se demander pourquoi elle est si rare. A cela on peut répondre que l'épilepsie n'échappe pas aux lois qui régissent l'hérédité en général : nulle maladie héréditaire n'est fatalement héréditaire. Une foule de causes, inconnues ou difficiles à dégager, peuvent contrarier ou même annihiler l'action de l'hérédité.

D'un autre côté, il faut considérer que les épileptiques en général ne se marient guère, et ceux qui se marient n'ont pas tous des enfants. Enfin certains auteurs ont remarqué que les enfants des épileptiques ne vivent pas.

Reconnaissons à chacun de ces éléments une certaine valeur,

(1) Dans une série d'épileptiques que j'ai observés il y a quelques années (67 hommes et 46 femmes), j'ai trouvé l'épilepsie chez le père 13 fois (5 hommes et 8 femmes); chez la mère 15 fois (9 hommes et 6 femmes); chez les deux 1 fois (1 homme). Au total, 29 fois sur 107, à peu près 3 fois sur 11.

(2) *Loc. cit.*, p. 116.

(3) C'est du reste et cela a toujours été, l'opinion populaire. Echeverria cite un curieux passage tiré des *Cronikles of Scotland*, par Hector Bœthius, traduit par John Bellenden, Édimbourg, 1536 : « Celui qui avait le *mal caduc*, celui qui était imbécile ou idiot, celui qui avait des infirmités susceptibles de se transmettre du père au fils, était *châtré*, pour que son sang infecté ne se propageât pas. Les femmes qui avaient un vice quelconque de cette nature, étaient bannies de la société des hommes; si elles enfantaient, elles et leurs enfants étaient *enterrés vivants*. » (Gowers, note, p. 457.)

et nous nous expliquerons pourquoi l'épilepsie héréditaire, celle transmise directement des parents aux enfants, est relativement peu fréquente.

Hérédité névropathique. — Si, pour les raisons que je viens de donner, l'hérédité directe est rare, il semble au contraire que l'hérédité névropathique soit fréquente et que certaines affections nerveuses des ascendants prédisposent leur descendance à l'épilepsie. Comme le dit Piorry, dans sa thèse pour le professorat, « certaines affections dont les parents sont atteints peuvent se transporter des pères aux enfants, en prenant une *forme nouvelle.* »

Quand on trouve chez les ascendants des épileptiques des maladies telles que la folie, l'hystérie, la chorée, les affections cérébrales, on conclut que ces états morbides ont passé aux enfants en se transformant et en produisant l'épilepsie. Et de même des parents épileptiques donnent le jour, non à des enfants épileptiques, mais à des enfants aliénés, idiots, choréiques, hystériques, etc. C'est surtout l'alcoolisme qui paraît devoir être incriminé : un père alcoolique donne facilement naissance à un enfant épileptique. C'est un fait qui, je crois, a été signalé pour la première fois par Quatrefages; depuis, il a été fréquemment noté, et il paraît être absolument démontré. J'en citerai plus loin un remarquable exemple.

Les statistiques qui mettent en lumière l'hérédité névropathique ne manquent pas. Celle de Musset (statistique de Bicêtre), qu'on trouve reproduite partout, donne pour 170 épileptiques, 3 pères aliénés, 17 mères aliénées, 27 parents aliénés, 23 mères hystériques, 2 mères choréiques.

Dans la statistique de Herpin (de Genève), qui porte sur deux séries de faits, on note, dans la première série, comprenant 35 familles de 243 personnes, 7 épileptiques et 48 affections cérébrales; dans la seconde série, comprenant 27 familles et 137 personnes, 3 épileptiques et 20 affections cérébrales.

Enfin, Moreau (de Tours), dans son analyse de 124 observations d'épilepsie, signale la folie 26 fois, l'ivrognerie 24 fois, etc.

Il ne faudrait pas cependant accepter sans contrôle les chiffres qui précèdent, pas plus que ceux des statistiques similaires : les auteurs ont eu le tort de mélanger toutes les formes d'épilepsie, et, il faut le dire aussi, les maladies les plus disparates. Moreau

(de Tours), à côté de la paralysie, qu'il signale treize fois chez les parents, note l'*excentricité* de ceux-ci dix fois.

Il convient donc de faire quelques réserves. Mais on peut considérer comme démontrée la loi même de l'hérédité névropathique, et des parents alcooliques, aliénés, hystériques, donnent fréquemment le jour à des enfants épileptiques (1).

Je terminerai en donnant l'histoire résumée d'un de mes malades : j'ai eu la bonne fortune d'obtenir des détails précis.

Observation X. — G..., soldat d'infanterie de marine, a eu une première attaque d'épilepsie à l'âge de 17 ans (il en a 20 actuellement), à la suite d'une frayeur (?), étant tombé accidentellement dans la Seine. Au début, les attaques étaient incomplètes, surtout nocturnes ; le malade pissait souvent au lit. Il put dissimuler sa maladie et se faire enrôler dans l'infanterie de marine. Mais, arrivé au corps le 1er décembre, il eut, dès le 21, une violente crise, suivie de délire furieux. Il fut conduit à l'hôpital de la marine, et de là évacué sur l'asile de Charenton, où je l'observai pendant quelques mois. Voici ce que j'ai pu apprendre sur la famille de G... ; les détails m'ont été donnés par la mère, femme intelligente, laborieuse, et qui supporte avec un rare courage l'existence difficile qui lui est faite.

Le père, charretier, grand travailleur, mais *ivre* tous les soirs, n'a jamais eu d'ailleurs aucun symptôme de delirium tremens; la mère est bien portante, laborieuse.

De ce mariage sont nés six enfants : 1° le premier, mort-né ; 2° le second, mort de méningite à 3 mois ; 3° le troisième, mort de convulsions à 13 mois ; 4° le quatrième, épileptique, mort à 13 ans de fièvre typhoïde ; 5° une fille, épileptique ; 6° un fils, notre malade, épileptique : physiquement peu développé ; quand un accès le prend, il crie : « j'ai mal ! » et tombe.

J'ajouterai que la fille (n° 5), mariée il y a quelques années, a fait une fausse couche à sept mois ; un second enfant est né viable, a été allaité par sa mère, est mort à six mois de méningite.

Je signalerai quelques autres faits encore :

Da..., père alcoolique ;

Po..., père alcoolique ;

Pa..., épileptique et sourd-muet : grand'mère maternelle aliénée ;

Cho..., père suicidé, sœur sourde-muette ;

Gé..., mère extravagante, sœur aliénée ;

Ma..., né au forceps pendant une attaque d'éclampsie de la mère ; a un frère plus jeune, bien portant.

Hérédité hétérogène. — A l'hérédité névropathique vient s'ajouter

(1) Dans la statistique de Bourneville, l'alcoolisme des ascendants est noté 51,6 %; la folie, 16,8 %.

l'hérédité hétérogène : on accuse de la production de l'épilepsie chez les enfants certaines maladies constitutionnelles des parents, telles que la phtisie, la goutte, l'arthritisme, etc. Moreau (de Tours) note la phtisie trente-cinq fois (sur cent vingt-quatre cas).

N'est-ce pas aller trop loin ? Je défie bien que l'on trouve un épileptique quelconque qui n'ait parmi ses ascendants l'un ou l'autre qui n'ait souffert de migraines ou de douleurs arthritiques, ou qui n'ait été emporté par une maladie telle que le cancer, ou la phtisie, etc. S'ensuit-il qu'on puisse faire remonter l'épilepsie jusqu'à cette origine lointaine ? Je ne saurais l'admettre.

Il est un point de vue qui me paraît infiniment plus important à considérer et sur lequel l'attention ne s'est pas suffisamment arrêtée. Il n'avait pas échappé aux anciens, et quelques modernes l'ont étudié ; il me semble cependant trop négligé.

Quand nous étudions l'influence de l'hérédité, nous ne considérons en général que les états morbides permanents qui peuvent exister chez les parents. Ne serait-il pas plus utile de tenir compte de l'état de santé du père et de la mère au moment de la conception, de la mère pendant la durée de la grossesse ? Ce sont là des états transitoires, passagers, par là même difficiles à déterminer dans le plus grand nombre de cas ; mais par eux, et par eux seuls, il est possible d'expliquer les anomalies et les apparentes contradictions de ce que nous croyons être les lois de l'hérédité.

Regardons autour de nous, et nous verrons des parents bien portants, bien équilibrés, engendrer des enfants mal venus, sourds-muets, épileptiques, idiots, etc. Nous nous étonnons et nous croyons observer une dérogation aux lois de la reproduction. Dans d'autres familles, nous voyons cinq, six enfants, nés du même père et de la même mère, tous bien portants, bien constitués, sauf un seul, ou deux, ou trois, qui sont idiots ou épileptiques, ou aliénés. Pourquoi ?

Quelquefois nous apprenons des particularités qui nous éclairent : au moment de la conception de tel enfant infirme, le père était malade, ou souffrant ; il venait d'éprouver un violent chagrin ; ou même il était accidentellement ivre. Ou bien c'est la mère qui n'était pas dans son état normal ; c'est elle dont la grossesse a traversé des phases difficiles, etc.

Les anciens, ai-je dit, connaissaient ces influences. Ils faisaient naître Vulcain difforme de Jupiter ivre de nectar. Ils savaient que

les enfants engendrés dans l'ivresse naissent stupides, hébétés. « Jeune homme, disait Diogène à un enfant stupide, ton père était ivre quand ta mère t'a conçu. »

Cette influence fâcheuse de l'ébriété passagère des parents a été reconnue depuis par tous les auteurs, et nous avons vu combien est puissante son influence dans la genèse de l'épilepsie.

Mais il est d'autres états, plus transitoires encore, comme les passions et les affections morales, sous l'influence desquels s'exerce le coït, et qui peuvent transpirer dans le nouvel être (1). « Pourquoi, dit Hufeland, n'admettrait-on pas qu'un enfant, engendré dans un moment de mauvaise humeur ou d'incommodité, se ressentira lui-même, plus ou moins, de cette disposition (2) ? » On cite un fils de Louis XIV, conçu dans une crise de larmes et de remords de Mme de Montespan, que les cérémonies du jubilé avaient provoquée, et qui garda toute sa vie un caractère triste et chagrin, qui le fit nommer l'*enfant du Jubilé* par les courtisans.

Morgagni (3) rapporte l'observation suivante : un enfant âgé de 15 mois, premier-né de personnages d'une haute noblesse, conçu, *au milieu des troubles de l'âme,* d'un père qui *n'était pas bien portant* par la mauvaise disposition de son système nerveux, avait la tête plus grosse, et, à un an, quelque chose de semblable à l'épilepsie.

Le fait du marquis Brignoles de Gènes (4) me paraît rentrer dans la même catégorie : de son mariage naquirent six enfants ; le premier bien portant, le deuxième et le troisième épileptiques, les trois derniers bien portants. Il me paraît évident, et sous ce rapport l'observation offre une lacune regrettable, qu'entre la naissance du deuxième et du quatrième enfant, il a dû exister, soit chez le marquis, soit chez sa femme, un état maladif, qui seul permet d'expliquer l'épilepsie du deuxième et du troisième enfant, les autres étant restés indemnes.

Somme toute, étant donné un épileptique, pour connaître exactement la part du père et de la mère dans la production du mal, il faudrait pouvoir déterminer, non seulement l'état de santé habituel de ces deux facteurs, mais encore l'état dans lequel l'un

(1) LUCAS, t. II, p. 503, passim.
(2) *Ibid.*, p. 504.
(3) Tome I, lettre IX, 4, p. 168.
(4) LUCAS, t. II, p. 730.

et l'autre se trouvaient au moment de la conception, et enfin l'état de la mère pendant toute la durée de la grossesse. En un mot, ce n'est pas l'hérédité d'*état* seule, c'est aussi l'hérédité du *moment* qu'il faudrait connaître. Et pour ma part, j'inclinerais volontiers à considérer cette dernière comme prépondérante.

Épilepsie connée. — A la question de l'hérédité se rattache celle de l'épilepsie connée, c'est-à-dire qui existe dès le moment de la naissance. Tous les auteurs ne l'admettent pas, par exemple Tissot (1).

Pour expliquer qu'un enfant puisse naître épileptique, on suppose qu'une femme enceinte, assistant à une attaque d'épilepsie, en soit ébranlée au point que cet ébranlement se transmette au fœtus : *hæc fit*, dit Boerhaave en parlant de l'*epilepsia congenita*, *si gravida animo turbatur maxime, imprimis si epilepticum cadentem videat* (2).

L'observation VIII de la troisième centurie de Fabrice de Hilden est intitulée : *Matrona videns epilepticum cadentem, infantem postea epilepticum progenuit*, et il cite deux faits à l'appui, invoquant d'ailleurs le témoignage de son illustre ami Horstius. Il explique la production de l'épilepsie chez l'enfant par la vive impression ressentie par l'imagination de la mère.

C'était la théorie chère aux anciens ; et, chose curieuse, les auteurs qui se sont refusés à admettre la transmission héréditaire de l'épilepsie expliquent de cette façon que d'un père épileptique naisse un enfant épileptique : « la mère, disent-ils, étant vivement impressionnée en assistant aux attaques de son mari. » Il serait bien étrange cependant qu'une femme, ayant épousé un épileptique, ne s'habituât pas à le voir tomber. Mais, en tous cas, il me semble plus naturel et plus conforme aux lois de la physiologie de supposer que, lorsque une femme enceinte est effrayée par la vue d'une attaque de haut-mal (comme dans l'observation de Hilden), cette frayeur se traduit par un trouble nerveux profond qui retentit sur le fœtus et en altère le développement normal. Nous ignorerons sans doute longtemps encore pourquoi ce trouble aboutit à l'épilepsie.

(1) *Loc. cit.*, p. 274.
(2) *Loc. cit.*, p. 674.

En résumé, de toutes les causes *prédisposantes*, ou, si l'on préfère, *constitutionnelles*, de l'épilepsie, nulle ne me paraît plus importante que l'*hérédité*. Je ne pense pas que l'on puisse sérieusement nier l'hérédité *directe*; elle est plus rare peut-être que l'hérédité *transformée* (par névrose, alcoolisme, etc., des parents). La plus fréquente, à mon avis, c'est celle que l'on peut appeler l'hérédité du *moment*; mais combien nous sommes encore ignorants à ce sujet ! Espérons qu'en se dirigeant de ce côté, des recherches patientes et longtemps continuées permettront de soulever un coin du mystère.

Les autres causes constitutionnelles que l'on a étudiées sont l'*âge*, le *sexe*, le *tempérament*.

Relativement à l'*âge*, il y a une distinction capitale à faire : la grande épilepsie appartient exclusivement à l'enfance ou à l'adolescence. Les affections épileptiformes peuvent survenir à tout âge. Faute de faire cette distinction, on n'arrive à aucun résultat sérieux; et cela fait que toutes les statistiques qui ont été publiées (Calmeil, Beau, Leuret, Delasiauve, etc.) sont à revoir; elles ne peuvent rien apprendre, puisque la question qu'elles doivent résoudre n'a pas même été posée.

Est-il bien important de savoir si l'épilepsie est plus fréquente chez l'homme ou chez la femme ? Il faut le croire, à voir le zèle avec lequel tous les auteurs ont aligné les chiffres qui devaient résoudre la question (1). Par suite d'une opinion sans doute préconçue, on incline généralement à faire pencher la balance du côté de la femme. Pourquoi ? parce qu'elle a une susceptibilité nerveuse plus grande, parce que les fonctions spéciales qui lui sont dévolues peuvent s'accompagner de troubles sérieux, soit à leur origine, soit à leur déclin ou dans leur cours, etc. Mais en quoi tout cela peut-il influer sur la malformation organique qui est la base même de la grande épilepsie ?

Que dire enfin des tempéraments ? Quiconque a eu à diriger un service d'épileptiques sait qu'on trouve indifféremment parmi eux des natures faibles, délicates, débiles, et des organisations fortes et puissantes. J'en ai connu qui étaient de véritables athlètes, à côté d'autres dont le développement physique s'était manifeste-

(1) Les statistiques ne donnent que des résultats incertains, ou même contradictoires. Si à la Salpêtrière il y a plus de femmes épileptiques que d'hommes à Bicêtre, cela peut tenir à des causes purement accessoires.

ment arrêté à un âge voisin de l'adolescence. C'est un fait que j'ai déjà signalé plus haut.

Veut-on aller plus loin et rechercher l'influence des tempéraments nerveux, sanguin, lymphatique et autres? On n'arrivera à rien, parce que, jusqu'à présent, on n'a pu ni définir d'une manière précise, ni délimiter d'une façon exacte ce que l'on entend par tempérament.

J'arrive aux causes *occasionnelles*. C'est encore un chapitre rempli d'erreurs et de confusions, parce que les auteurs n'ont pas pris soin de bien séparer les causes de l'épilepsie de celles de la première attaque, de celles enfin qui, chez un épileptique, amènent le retour des attaques.

Par une tendance naturelle à l'esprit humain, chaque fois que deux phénomènes se succèdent l'un à l'autre à court intervalle, on établit entre eux un rapport de cause à effet ; on considère le premier en date comme ayant produit le second : *post hoc, ergo propter hoc.*

L'épilepsie ne pouvait échapper à cette loi. Qu'un enfant, qu'un adolescent tombe, foudroyé par une attaque, on cherchera une cause directe, immédiate, et sûrement on en trouvera une.

C'est même parce qu'on en trouve toujours une, que l'on a nié plus volontiers encore l'épilepsie héréditaire. Pourquoi, en effet, invoquer une hérédité problématique, incertaine, quand on a sous la main une cause évidente, certaine, indiscutable, telle qu'une fièvre exanthématique, qu'une fièvre typhoïde, etc.? N'est-il pas plus simple et plus logique de croire à une épilepsie infectieuse? C'est le raisonnement que tiennent des médecins assurément fort distingués.

Je répondrai cependant que les maladies infectieuses invoquées sont tellement fréquentes (quel est l'enfant qui échappe à la rougeole ou à la scarlatine?), qu'il y aurait lieu de s'étonner de l'extrême rareté des épilepsies consécutives. Je dirai, en second lieu, que les maladies même les plus sûrement héréditaires ne se montrent guère aussitôt après la naissance, mais seulement plus tard dans la vie, souvent même fort tard, et, elles aussi, à l'occasion d'une cause accidentelle.

Qu'un enfant de 15 à 20 ans, né de parents chétifs, malingres, tuberculeux, la poitrine étroite, le teint pâle, la santé délicate, devienne phtisique : il y a mille chances que l'entourage accusera

un refroidissement, un écart de régime, l'onanisme, le surmenage, que sais-je? On cachera soigneusement la cause véritable, la tare héréditaire. Est-il cependant un médecin qui puisse admettre qu'un simple refroidissement fasse naître des tubercules dans le poumon?

A-t-on jamais vu un enfant rachitique, bossu, contrefait, dont la déformation n'ait été attribuée à une chute, à un effort? Depuis quand cependant une chute a-t-elle suffi pour rendre un enfant rachitique?

Pourquoi n'en serait-il pas de même de l'épilepsie? Je veux bien que le jeune homme de 15 ans soit devenu phtisique après un refroidissement, que l'enfant rachitique n'ait eu sa déformation qu'après une chute, mais ce ne sont pas là les causes vraies, ni de la phtisie, ni du rachitisme. Et de même quand on vient me dire que tel enfant est devenu épileptique après une cause accidentelle, fût-ce une rougeole ou une fièvre typhoïde, je proteste. Je crois que l'enfant était né avec l'*aptitude épileptique;* il avait en naissant la malformation caractéristique et nécessaire : la cause que l'on invoque n'a été qu'une occasion.

Cela posé, il convient d'examiner de plus près les causes occasionnelles de l'épilepsie, ne fût-ce que pour les ramener à leur juste valeur. Parmi ces causes, il n'en est pas qui ait été invoquée plus fréquemment que la *frayeur*.

Frayeur. — C'est un véritable dogme que de dire que la *peur* est la cause la plus habituelle de l'épilepsie. Tous les auteurs affirment le fait, se répétant les uns les autres, renchérissant même les uns sur les autres, sans compter qu'ils s'appuient tous sur des statistiques. Sur 86 observations d'épilepsie, Maisonneuve signale la peur 36 fois, environ 3 fois sur 7; Bouchet et Cazauvieilh, 27 sur 70, environ 2 sur 5; Leuret, 37 fois sur 100; Beau, 45 %. Delasiauve l'a trouvée 84 fois sur 200, ce qui est à peu près le chiffre de Bouchet et Cazauvieilh, 2 sur 5. Tout récemment Gowers a cherché à faire ressortir la grande importance de cette cause.

Il est vrai que d'autres observateurs donnent des chiffres inférieurs : Herpin, par exemple, ne signale la peur que chez 9 % de ses malades.

Lasègue est le seul qui ait osé protester contre une doctrine qui a pour elle d'être ancienne et universelle : il nie formellement

que l'on puisse citer un seul cas d'*épilepsie franche* qui, après enquête sérieuse, doive être rapportée à une frayeur.

L'opinion de Lasègue me paraît absolument vraie (1). Je ne crois pas que jamais, dans aucun cas, la peur, à elle seule, si intense qu'elle soit, puisse provoquer l'épilepsie, ou, pour préciser davantage, puisse déterminer un accès d'épilepsie.

Quand on étudie les innombrables observations dont les ouvrages sur l'épilepsie sont remplies, on est étonné de voir avec quelle facilité les auteurs les plus sérieux ont accepté les causes les plus insignifiantes. On lit, par exemple, dans les *Éphémérides des curieux de la nature,* qu'une femme enceinte est devenue épileptique à la vue d'un lièvre sortant d'un arbre et parcourant la route (2), une jeune fille, à la vue d'une nichée de petits oiseaux sans plumes (3). Un auteur, Maier, cité par Franck, raconte gravement qu'une jeune fille est tombée de son premier accès, au retour de la tragédie de Marie Stuart (4). Et mille histoires sont de cette vraisemblance ! Chose singulière, Gowers en rapporte quelques-unes au moins aussi étranges, et dont Lasègue a fait vertement la critique.

A côté des observations dans lesquelles on trouve, comme cause de l'épilepsie, une circonstance tellement insignifiante qu'il est véritablement impossible d'y croire, il y a les faits dans lesquels il y a eu manifestement erreur d'interprétation. Parmi les causes terrifiantes citées complaisamment par Franck, se trouve celle-ci : la vue de la couleur rouge (5). Pour qui sait combien il est fréquent de voir l'accès débuter par une *aura*, consistant précisément en une couleur rouge, on ne verra certainement dans l'observation de Franck que le premier phénomène de l'accès. Il en est absolument de même quand Nothnagel et Mosso nous parlent d'enfants dont les accès sont précédés de songes affreux : ces songes ne sont pas la cause des accès ; ils en font partie, ils en sont un symptôme. Et c'est ainsi qu'il faut interpréter un très grand nombre des faits qui encombrent les statistiques.

Il est du reste surprenant que, lorsqu'on vient à étudier les effets de la terreur portée à son maximum d'intensité, et dans les

(1) L'opinion de Trousseau se rapproche beaucoup de celle de Lasègue. (*Loc. cit.*, p. 52.)
(2) Décembre, t. II, an. 4, app.; observation 16.
(3) Décembre, t. II, an. 2, observation 190.
(4) FRANCK, p. 348, note 45.
(5) Page 349, note 77.

conditions les moins douteuses, on ne trouve jamais l'épilepsie comme résultat. C'est ce qui est arrivé à Burlureaux (1) qui, pendant plusieurs années, a été médecin des sapeurs-pompiers de Paris : « Force nous est d'avouer, dit-il, n'avoir jamais eu connaissance d'un seul accès d'épilepsie déterminé par les émotions parfois terribles qu'ont à subir nos soldats. »…. « A la guerre, les officiers, les soldats les plus braves, passent par des émotions qui devraient produire des épidémies d'épilepsie; or, l'épilepsie dans l'armée est l'apanage des jeunes soldats qu'on réforme à leur première année de service. »

J'ai vu, quant à moi, un certain nombre de malades chez lesquels on pouvait légitimement accuser une grande frayeur comme cause de la maladie mentale : plusieurs avaient failli être fusillés pendant la guerre ou pendant la commune, ou n'avaient échappé à la mort que d'une façon en quelque sorte miraculeuse : aucun n'était devenu épileptique; c'étaient presque tous des paralytiques généraux (2).

Il est à remarquer que Mosso, dans son livre sur la *peur* (1886), ne parle guère de l'épilepsie. Avec les théories qui ont cours dans les auteurs, l'épilepsie aurait dû, au contraire, lui fournir le plus grand nombre d'exemples.

Burlureaux prétend qu'à la suite des tragiques événements de 1871, un grand nombre de Parisiens sont devenus épileptiques (3). Sur quoi base-t-il cette assertion? je l'ignore. Je me l'explique seulement, s'il comprend dans sa liste les alcooliques épileptiques. En tous cas, si la frayeur ou, pour parler d'une façon plus générale, les émotions terrifiantes, ont été un facteur étiologique non douteux, il s'y mélangeait un si grand nombre d'autres causes, qu'il est bien difficile de lui faire sa part exacte.

J'ai rapporté au Congrès d'Anvers (1885) l'histoire d'un soldat devenu épileptique à la suite d'une frayeur violente : il allait être percé d'un coup de baïonnette, quand il parvint à se mettre hors d'atteinte. Mais j'ai eu bien soin d'ajouter que ce soldat était fils d'un épileptique alcoolique, et frère d'une idiote. La peur n'avait pu jouer qu'un rôle accessoire.

(1) *Loc. cit.*, p. 182.

(2) Il y a l'observation fameuse de Pinel, l'artilleur qui voit son camarade tué à côté de lui. Devient-il épileptique? Nullement; il tombe dans la stupeur. (PINEL, *Traité de la manie*, p. 185.)

(3) *Loc. cit.*, p. 181.

J'ai connu un sous-officier réformé pour épilepsie : il avait un jour dû punir un de ses hommes, qui, furieux, saisit son fusil chargé et le coucha en joue. Sans l'intervention d'un camarade qui détourna l'arme, le sous-officier était tué. Quelques jours plus tard, il eut sa première attaque. Mais ce malade avait sa mère et une sœur épileptiques. Lui-même, à l'âge de 14 ans, avait eu une crise mystique, et était entré dans un couvent de trappistes, avec l'intention de se faire religieux. Il en sortit quelques années plus tard pour s'engager.

On trouve dans l'ouvrage de Calmeil (1) un fait très instructif : un charpentier, âgé de 52 ans, avait reçu dans l'enfance un coup violent sur le pariétal gauche; fracture et perte de substance de l'os. Devenu militaire, il est réveillé une nuit par des coups de pistolet tirés à son oreille et des cris que l'ennemi approche; il fut vivement effrayé, et eut quelques jours après une première attaque d'épilepsie. A partir de ce moment il resta épileptique, mais à accès rares. A 52 ans, délire ambitieux, etc. Il mourut à Charenton, et l'autopsie révéla une vaste dépression sur le pariétal gauche, avec perte de substance de l'os, la dure-mère appliquée sur l'orifice et formant un tampon membraneux, etc.

On peut assurément dire que chez ce militaire l'épilepsie a été provoquée par la terreur éprouvée dans la nuit. Mais le traumatisme de l'enfance et la tare cérébrale consécutive avaient préparé le terrain : la frayeur n'a été qu'un accident fortuit.

Et il en est toujours ainsi chez l'adulte; dans tous les cas que je puis me rappeler l'impression morale terrifiante n'a été qu'un appoint.

Mais, dira-t-on, ce n'est pas chez les adultes, c'est chez les enfants, les jeunes gens, les femmes, que la frayeur agit surtout; car chez eux l'imagination est plus impressionnable, plus facile à ébranler, l'émotivité est plus grande. Je n'en disconviens pas; mais je ne puis m'empêcher de faire la remarque que les causes terrifiantes auxquelles on attache une si grande influence sont, si je puis dire, de la vie journalière. Quels sont les enfants qui, dans leurs jeux, ne se sont amusés à s'effrayer les uns les autres ? Est-il un seul de nous qui de son enfance n'ait rapporté quelques souvenirs de ce genre ? Legrand du Saulle est venu un jour raconter à la Société médico-psychologique l'histoire de huit enfants devenus

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, observ. 119, p. 85

épileptiques parce qu'ils avaient vu un cadavre. Or, ces huit enfants étaient entachés d'hérédité (1). Mais j'ajouterai : quel est l'enfant qui n'a pas vu un cadavre ? qui n'ait perdu l'un des siens, et des plus proches, qui n'ait touché la main glacée de celui que la veille encore il avait connu plein de vie ! Ceux que la peur rend épileptiques le seraient devenus tout aussi bien par toute autre cause.

Je demeure convaincu que la peur agit infiniment moins souvent sur les enfants qu'on ne le dit : à cet égard les familles s'abusent ou abusent le médecin (2). Jamais d'ailleurs la peur ne peut, de toutes pièces, produire un accès d'épilepsie : tout au plus peut-elle être suivie de la première attaque chez celui qui est en *puissance d'épilepsie*.

Je suis encore plus sceptique à l'égard d'une autre cause, que Cullen a signalée le premier, à savoir que l'habitude de simuler l'épilepsie finit par produire l'épilepsie véritable; et je n'ajoute aucune foi aux observations citées à l'appui. On sait que beaucoup de mendiants exploitent la charité publique en simulant le haut-mal ; on leur donne même un nom spécial dans l'argot du métier (les *Sabouleux*). En a-t-on jamais vu devenir réellement épileptiques ? Notons d'ailleurs que ces industriels mènent une vie vagabonde, commettent toutes sortes d'excès, souffrent de la misère, s'alcoolisent, contractent la syphilis, — et ce serait justement la cause morale, absolument insignifiante, — qui produirait le mal !

Une dernière cause morale à laquelle on attribue une grande importance, et que nul n'a encore osé récuser, c'est l'*imitation*, étiologie qui s'abrite sous le grand nom de Boerhaave. Cet illustre médecin a cru avoir observé à Leyde une véritable épidémie d'épilepsie, qu'il a décrite, et que depuis on trouve signalée partout. Franck, en 1796, entrant comme médecin ordinaire à l'hôpital de Vienne, dans lequel les épileptiques étaient reçus dans les mêmes salles que les autres malades, s'aperçut bientôt que la vue d'un accès déterminait la même maladie chez l'un ou l'autre des autres malades, surtout *chez les femmes*. Il demanda et obtint une salle

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1885. t. I, p. 505.

(2) D'après tout ce que j'ai dit précédemment, la grande épilepsie ne va pas sans une malformation organique. Dira-t-on que la frayeur peut causer cette malformation ? Et pense-t-on que les familles admettront facilement l'idée de la tare héréditaire ?

spéciale pour ses épileptiques. Mais il en résulta un autre mal : à peine un malade était pris par un accès, que les malades voisins, entendant de leurs lits ses cris ou sa chute, suivaient son exemple. D'où il résultait un concours d'attaques épileptiques difficile à décrire. Ces attaques, ajoute Franck, ne peuvent être expliquées que par l'imitation (1).

Dussé-je être accusé d'irrévérence, et pour les deux grands hommes que je viens de citer, et pour tous ceux qui ont scrupuleusement répété leurs récits, je dirai que Boerhaave et Franck ont commis une erreur absolue de diagnostic. Ils ont eu affaire à des *hystériques*, et non à des *épileptiques*. Autant l'hystérie est *imitative*, autant l'épilepsie l'est peu. Pour soutenir le contraire, il faut n'avoir jamais vu un quartier d'épileptiques.

Assurément, j'ai connu des centaines d'épileptiques, soit isolés dans le monde, soit réunis dans des quartiers spéciaux. J'affirme que jamais, en aucune circonstance, je n'ai vu une attaque, survenant chez l'un ou l'autre des malades, en déterminer chez ceux qui vivaient dans le même milieu, qui en étaient les témoins involontaires. Est-ce que, d'aventure, quand un épileptique tombe dans la rue, et ce n'est pas chose rare, les passants sont atteints de convulsions ?

Chaque fois que l'on parle d'épidémies d'*épilepsie*, on commet une erreur : c'est *hystérie* qu'il faut dire.

S'il me paraît nécessaire de restreindre considérablement l'action des causes dites *morales*, j'en dirai tout autant des causes dites *hygiéniques*, telles que saisons, climats, professions, etc.

On peut supposer, non sans vraisemblance, que l'épilepsie est plus fréquente dans certaines contrées, dans certains climats, que dans d'autres. Mais on n'a sur ce point que des données vagues et incertaines (2). Portal, que j'ai cité plus haut, semblait croire qu'il y a plus d'épileptiques en Italie et en Espagne qu'en France, mais il accusait moins le climat lui-même que la syphilis. Franck, après une pratique de seize ans, était arrivé à cette conclusion, que l'épilepsie est plus fréquente en Lithuanie qu'en Allemagne. Burlureaux a essayé de résoudre la question pour la France : grâce

(1) *Loc. cit.*, p. 348, note 47.

(2) Legrand du Saulle admet qu'il y a 40,000 épileptiques en France. Mais sur quoi base-t-il cette statistique ?

aux documents statistiques que lui a fournis le Bureau de recrutement du Ministère de la Guerre, pour une période de dix ans, il a pu établir que, dans cette période, Tulle et ses environs ont foruni 49 épileptiques sur 10,000 inscrits; Paris, 15; Fontainebleau, 4; Toul, 8, etc. (1). Mais l'auteur paraît attribuer la plus au moins grande fréquence du mal dans ces différentes régions, au plus ou moins grand nombre de mariages consanguins qui s'y contractent. Or, rien jusqu'à présent ne prouve que la consanguinité joue un rôle dans la production de l'épilepsie : c'est en tous cas une cause indépendante du climat et des conditions météorologiques.

Les *saisons*, les variations atmosphériques, peuvent, chez un malade, exercer une influence, en ce sens que les accès seront plus ou moins fréquents, soit au printemps, ou en automne, ou par le temps sec, ou par le froid, etc., mais elles ne seront jamais par elles-mêmes une cause d'épilepsie. En consultant les relevés des attaques observées dans mon service pendant plusieurs années, j'ai pu m'assurer que, même à ce point de vue, il est impossible de formuler aucune loi.

Je ne m'arrêterai pas à examiner d'autres causes encore, telles que les professions, les habitudes, le régime, auxquelles les auteurs les plus autorisés ont donné une importance que je ne puis m'expliquer; si elles exercent une influence, ce ne peut être que d'une façon très indirecte. Ainsi les ouvriers qui manient le plomb sont plus exposés à l'épilepsie saturnine; mais c'est là une épilepsie toxique, qui pourra atteindre quiconque s'empoisonnera avec le plomb.

Il est un point cependant sur lequel je veux faire quelques remarques : ce sont les rapports entre l'épilepsie et tout ce qui touche à la vie sexuelle, aux fonctions génitales, rapports qui ont été étrangement exagérés.

Déjà dans Arétée on trouve cette singulière proposition, « que le coït produit quelque chose d'analogue au mal caduc; il en est le symbole, μικρη επιλεψιη, dit Démocrite (2) ». Et ce qui est plus étrange, c'est que nul n'y a contredit (3). Pour Sennert, le spasme

(1) Voir Burlureaux. *Loc. cit.*, p, 169.

(2) Tome I, chap. IV.

(3) Cœlius Aurelianus (*loc. cit.*, p. 66) dit que pour beaucoup d'auteurs le coït est considéré comme une *petite épilepsie;* mais il ajoute : *eunuchismus vires amputat, non epilepsiam solvit.*

vénérien n'est qu'une courte épilepsie : *epilepsia brevis* ; et Delasiauve accepte cette définition. Boerhaave (1) dit que le coït est une véritable épilepsie : *coïtum esse veram epilepsiam*. Trousseau a également accepté cette formule.

J'avoue qu'il ne m'a jamais été possible de trouver, entre le spasme voluptueux qui accompagne le coït et la perte de connaissance soudaine de l'accès d'épilepsie, une analogie quelconque, même lointaine. Rien, absolument rien, à mon sens, n'autorise à rapprocher ces deux ordres de faits ; et il faut reconnaître que les observations qui doivent mettre en évidence l'épilepsie causée par les excès sexuels ne sont pas faites pour entraîner la conviction, si nombreuses qu'elles soient.

Quand un individu est épileptique, les rapports sexuels aggravent son mal et amènent la répétition fréquente des attaques. Delasiauve fait remarquer que des malades, presque exempts d'attaques tant qu'ils vivent à l'asile, sont atteints de nouveau dès qu'ils sortent et qu'ils se livrent aux plaisirs sexuels, même modérés. A plus forte raison, s'ils font des excès.

Mais tout cela ne prouve pas que le coït soit une cause d'épilepsie. Et même, si l'on admet ma classification des épilepsies, on comprend que cette cause ne puisse être invoquée. En effet, la grande épilepsie, survenant dans l'enfance ou l'adolescence, apparaît à une époque de la vie où la sexualité se dessine à peine. Quant aux affections épileptiformes, elles ont chacune une cause spéciale, déterminée.

Chez les enfants et les jeunes gens, on accuse l'*onanisme*. Mais ne prend-on pas l'effet pour la cause? Si les jeunes épileptiques se masturbent avec rage, c'est parce qu'ils sont malades : ce n'est pas l'onanisme qui cause leur mal ; il en est un résultat. Lasègue (2) me paraît être dans le vrai quand il cherche à diminuer l'influence de l'onanisme, ridiculement exagérée par certains auteurs, et j'ai moi-même défendu la même thèse (3).

Tout ce que l'on peut dire, c'est que les excès sexuels, aussi bien que l'onanisme, sont des causes d'affaiblissement, et, quoiqu'ils ne soient au fond qu'un symptôme, ils deviennent cependant une cause d'aggravation de la maladie.

(1) *Loc. cit.*, p. 652.
(2) *Études*
(3) Art. *Onanisme*, du *Dictionnaire de Dechambre*.

Dans le sexe féminin, tout ce qui touche à la menstruation, à la grossesse, à l'accouchement, a été soigneusement étudié.

De ce que chez beaucoup de jeunes filles la première attaque a coïncidé avec l'apparition des règles, ou que l'établissement de la menstruation a aggravé l'épilepsie préexistante, ou de ce qu'enfin chez quelques-unes les menstrues s'établissent difficilement, péniblement, on a conclu à une influence bien établie de la fonction menstruelle. Voisin a prétendu que souvent, chez des personnes qui auparavant n'avaient que des vertiges ou des absences, les grandes attaques se montrent au moment où s'établit la menstruation. Beaucoup d'observateurs ont noté que les attaques étaient plus fréquentes ou plus violentes au moment des règles. Mais c'est là un fait banal, car il est peu de femmes chez lesquelles la période menstruelle se passe sans quelques orages; les épileptiques ne sauraient échapper à cette loi; il n'est pas étonnant que leur état morbide soit temporairement aggravé. Quant à la ménopause, elle paraît n'exercer aucune action spéciale.

La grossesse a-t-elle une influence? Si oui, elle a été diversement interprétée. Car, si les uns prétendent qu'elle enraye les attaques, d'autres soutiennent qu'elle les provoque, ou du moins qu'elle les rappelle. Pinard (1) a vu onze femmes épileptiques devenues enceintes, accoucher toutes à terme et normalement; quatre avaient vu leurs accès entièrement suspendus; chez cinq ils avaient été notablement atténués; chez les deux autres il n'y avait eu aucun changement.

Je me souviens qu'à Strasbourg, le professeur Stoltz, dans ses cours, enseignait que, lorsqu'une femme épileptique devient enceinte, il est de règle que les attaques ne se montrent plus pendant toute la durée de la grossesse, mais reparaissent après.

L'accouchement ne paraît pas provoquer l'épilepsie, alors même qu'il est long, difficile et douloureux; bien entendu, je laisse de côté l'épilepsie ou éclampsie puerpérale, qui est une affection épileptiforme toute différente.

Je ne veux pas continuer cette revue des causes, que je n'ai faite que pour montrer combien la plupart d'entre elles sont obscures, douteuses, incertaines. Pour moi, d'ailleurs, l'étiologie de l'épilepsie se résume dans les propositions suivantes :

(1) Art. *Grossesse*, du *Dictionnaire de Dechambre*.

1° Épilepsie vraie : malformation congénitale (influence héréditaire) ;

2° Affections épileptiformes : causes variées, bien déterminées pour chaque variété (centrales : épilepsies symptomatiques ; périphériques : épilepsies réflexes).

Diagnostic.

Il faut deux choses pour établir le diagnostic de l'épilepsie :

1° Démontrer que l'attaque est bien réellement une attaque d'épilepsie ;

2° Déterminer à quelle forme d'épilepsie (épilepsie essentielle ou affection épileptiforme) elle se rattache.

La première question n'est pas toujours facile. Nous avons vu, en effet, que l'attaque se manifeste sous des formes bien différentes, et, s'il ne peut subsister aucun doute quand on voit se dérouler tous les symptômes d'une grande attaque, il peut, au contraire, très bien se faire qu'une absence, qu'un vertige même, passent inaperçus, ou que leur signification véritable soit méconnue.

Dans les attaques convulsives complètes, le diagnostic ne saurait, je le répète, offrir aucune difficulté sérieuse : l'*aura*, la perte de connaissance, la pâleur de la face, le cri initial, l'écume aux lèvres, la morsure de la langue, sont un ensemble de signes assez caractéristiques pour exclure toute autre hypothèse que celle d'épilepsie.

Ce n'est que lorsque l'attaque survient la nuit qu'on court risque de la méconnaître. On a vu des personnes affectées depuis plusieurs années d'épilepsie nocturne, sans que ni le malade, ni son entourage, en eussent seulement soupçonné l'existence. Trousseau en a cité des exemples.

Avec un peu d'attention et de sagacité, le médecin parvient cependant à démêler la vérité. L'épilepsie nocturne s'accompagne souvent d'incontinence d'urine et de matières fécales ; le malade, en se réveillant, se plaint de courbature et de malaise qu'il ne sait à quoi attribuer ; il a de la céphalalgie, quelquefois même des accidents plus graves : un malade de Trousseau s'était luxé l'épaule dans une attaque nocturne dont il n'avait aucun souvenir. Flaubert, au dire de son biographe, avait eu, avant sa grande attaque,

une ou peut-être plusieurs attaques nocturnes, dont, au moment même, personne n'avait pu se douter, et qui se traduisaient par des malaises consécutifs inexpliqués.

D'autres signes encore ont une grande importance : la salive sanguinolente dont l'oreiller est taché, le piqueté ecchymotique très fin qui peut exister sur le visage, les ecchymoses de la conjonctive, mais surtout les morsures de la langue et des lèvres, qui sont un symptôme presque pathognomonique.

L'attaque d'épilepsie peut être rattachée à une simple congestion cérébrale. L'erreur est facile quand le médecin est appelé auprès du malade plongé dans le coma consécutif. Mais si l'on apprend que pareille attaque s'est répétée de temps en temps; que le coma a été précédé de convulsions ; s'il existe des cicatrices sur la langue ou une morsure récente ; si enfin il n'y a pas de paralysie consécutive durable, il ne sera pas malaisé de donner aux symptômes leur signification véritable.

Peut-on confondre l'attaque d'épilepsie avec l'attaque d'hystérie? Cette question, à mon avis, ne saurait se poser quand il s'agit de l'hystérie simple. Mais il est des hystéries graves, des hystéro-épilepsies ou des hystéries épileptoïdes (Lasègue), dans lesquelles le diagnostic différentiel peut offrir des difficultés.

S'il y a hystéro-épilepsie, c'est-à-dire combinaison chez le même malade de l'hystérie et de l'épilepsie, ce qui, suivant certains auteurs, arrive très fréquemment chez la femme, on trouvera mélangés, en proportion variable, les symptômes de l'accès d'épilepsie et ceux de l'accès d'hystérie. Je crois qu'en général il ne sera pas difficile de faire la part de chacune des deux affections. Il ne faut pas oublier dans ces cas de rechercher les stigmates de l'hystérie : zone hystérogène, hémianesthésie, etc. Quelquefois le diagnostic est difficile : Legrand du Saulle a plusieurs fois entretenu la Société médico-psychologique d'une jeune fille de son service, qui, en 1883, avait eu plus de 30,000 (!) crises convulsives ; il était tenté de la considérer comme épileptique. N'était-ce pas plutôt une hystérie grave, empruntant le masque de l'épilepsie? Ce n'est d'ailleurs qu'un fait absolument exceptionnel, plus curieux qu'instructif; dans l'immense majorité des cas, il est facile de distinguer l'hystérie de l'épilepsie. Il ne faut jamais perdre de vue que le caractère fondamental, pathognomonique de l'épilepsie, c'est la perte de connaissance, complète, absolue. Où elle n'existe

pas, il n'y a pas épilepsie. Quelle que soit donc l'intensité des convulsions, quand bien même le système musculaire tout entier y participerait, il n'y aura pas épilepsie, s'il n'y a pas en même temps l'inconscience. C'est ainsi qu'il sera, non seulement possible de distinguer l'épilepsie de l'hystérie, mais encore des autres affections convulsives, telles que l'épilepsie jacksonnienne, et surtout des états morbides dits *épileptoïdes*, que certains auteurs admettent trop facilement. En effet, de deux choses l'une : ou ces états épileptoïdes offrent les caractères fondamentaux de l'épilepsie, et alors il n'y a pas lieu d'en faire une classe à part; ou ces caractères fondamentaux manquent, et, dans ce cas, ce n'est pas l'épilepsie. Car, on est épileptique ou on ne l'est pas, on ne saurait l'être à demi, ou au quart.

Le diagnostic est plus difficile quand, au lieu d'attaques complètes, il n'en existe que d'incomplètes, vertiges, absences. Que de fois l'absence est-elle prise pour une syncope, pour une congestion passagère! L'entourage du malade, le malade lui-même s'accordent pour induire le médecin en erreur, tant l'idée seule d'épilepsie est terrifiante ! C'est en tenant compte de la soudaineté de l'invasion, de la perte de connaissance, de la pâleur de la face, de l'égarement de la physionomie, de la rapidité avec laquelle les accidents se dissipent, de la répétition plus ou moins fréquente de phénomènes morbides identiques, enfin du manque absolu de souvenir, qu'il sera possible d'éviter l'erreur. Il suffira, pour un observateur attentif, de constater l'existence simultanée d'une grimace, de la pâleur de la face, d'une certaine fixité du regard, pour que les doutes soient levés.

On comprend avec quelle facilité ces accès incomplets passent inaperçus ou restent méconnus s'ils ne surviennent que la nuit. Le diagnostic peut alors rester incertain fort longtemps, jusqu'à ce qu'une circonstance fortuite mette sur la voie de la vérité.

Ce premier point établi, l'existence de l'épilepsie bien constatée, il reste à déterminer à quelle espèce d'épilepsie se rapportent les attaques : question de la plus grande importance pour le pronostic et le traitement, beaucoup plus qu'au point de vue dogmatique.

C'est en vain que l'on chercherait, dans la forme même des attaques, quelque caractère qui permît d'établir une différence entre l'épilepsie vraie, l'épilepsie vulgaire, et les affections épilepti-

formes, généralement comprises sous le nom d'éclampsie. Il n'en existe aucun; tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

La fréquence des accès, leur mode de succession, ne présentent non plus rien de spécial.

L'âge, lors de l'apparition de la première attaque, a une importance au contraire très grande.

L'épilepsie vulgaire débute toujours dans l'enfance ou dans l'adolescence; par conséquent, chaque fois que la première attaque se sera produite dans l'âge adulte ou dans la vieillesse, on pourra affirmer qu'il s'agit d'une affection épileptiforme.

Mais la proposition inverse n'est pas absolument exacte : il ne suffit pas que l'épilepsie ait débuté dans l'enfance ou dans l'adolescence, pour qu'on élimine d'emblée l'idée d'une épilepsie accidentelle : l'épilepsie traumatique est de tous les âges; on a observé chez l'enfant des épilepsies syphilitiques; enfin, il faut tenir compte de celles qui ont pour causes une méningite tuberculeuse, un exanthème fébrile, une maladie infectieuse et qui peuvent également apparaître dans les premières années de la vie.

Dans les cas de ce genre une enquête minutieuse est nécessaire : il faut se rappeler que les malformations crâniennes, caractéristiques de la grande épilepsie, n'existent pas ou n'existent qu'exceptionnellement et accessoirement dans les affections épileptiformes.

Quant à déterminer à quelle espèce d'épilepsie accidentelle l'on a affaire, on n'y arrivera que par l'étude attentive de chaque cas particulier : antécédents ou symptômes concomitants de syphilis dans les cas d'épilepsie syphilitique, en même temps que bons effets du traitement spécifique; cicatrices du crâne dans l'épilepsie traumatique; signes d'empoisonnement par le plomb dans l'épilepsie saturnine; symptômes de l'alcoolisme dans l'épilepsie alcoolique, etc. Il m'est impossible d'énumérer toutes les variétés qui peuvent se présenter.

Il ne faut pas se dissimuler, d'ailleurs, que le diagnostic n'est pas toujours facile : que de fois l'épilepsie syphilitique est-elle restée méconnue! Althaus, cité par Burlureaux (1), est appelé auprès d'un enfant né de parents syphilitiques, mais n'ayant aucun stigmate de la maladie héréditaire, et qui, de 2 à 9 ans, a des crises typiques d'épilepsie; à 9 ans, l'intelligence commence à faiblir. Althaus le traite par l'iodure et obtient la guérison.

(1) *Loc. cit.*, p. 125.

C'était donc une épilepsie syphilitique, non une épilepsie essentielle; mais il a fallu la sagacité du médecin pour établir un diagnostic que personne avant lui n'avait soupçonné.

D'une façon générale, on peut dire aussi que l'*état de mal*, c'est-à-dire la succession ininterrompue d'un grand nombre d'attaques, est un symptôme beaucoup plus fréquent dans les affections épileptiformes que dans l'épilepsie vulgaire.

Enfin, les suites immédiates de l'attaque sont beaucoup plus souvent des lésions permanentes (hémiplégie, contractures, etc.) dans les affections épileptiformes, surtout quand celles-ci sont liées à une altération du cerveau (tumeur, cancer, foyer de ramollissement, etc.). Notons encore que la démence arrive rapidement dans l'épilepsie accidentelle, tandis que dans l'épilepsie vraie, l'état de l'intelligence reste stationnaire.

Épilepsie simulée. — A la question du diagnostic se rattache celle de la simulation de l'épilepsie. Nulle maladie n'est, peut-être, simulée plus fréquemment : mendiants cherchant à exploiter la commisération publique, soldats essayant de se faire réformer, accusés voulant se faire passer pour irresponsables, tels sont les cas sur lesquels le médecin a maintes occasions d'être consulté.

Est-il donc si facile de se faire passer pour épileptique? Au yeux du vulgaire, peut-être; jamais, pour un médecin tant soit peu attentif.

Le véritable épileptique tombe n'importe où, dans le feu, dans l'eau; il se blesse souvent grièvement. Le simulateur choisit son endroit, il évite de se faire du mal, il oublie de se mordre la langue. Il ignore aussi que les convulsions sont généralement plus accentuées dans un côté du corps. Mais, et c'est là le point capital, jamais le simulateur ne pourra produire la pâleur cadavéreuse de la face, qui signale le début de l'accès; il ne pourra pas davantage arriver à l'insensibilité pupillaire, ni provoquer le piqueté hémorragique ou les ecchymoses sous-conjonctivales, si fréquents dans l'épilepsie.

Avec tous ces signes, il est impossible qu'un médecin attentif puisse être induit en erreur (1).

(1) On connaît cependant l'anecdote souvent racontée, de Calmeil, tombant dans de violentes convulsions devant Esquirol, qui croyait la simulation impossible. Esquirol, après un moment d'examen, ne put s'empêcher de dire : « Pauvre garçon, il est épilep-

Pronostic.

Toute attaque d'épilepsie est grave par elle-même, parce qu'elle indique l'existence d'un trouble profond dans le cerveau : c'est donc un symptôme qui mérite toujours d'être pris en sérieuse considération.

Isolée, elle compromet très rarement l'existence ; on pourrait même dire que, par elle-même, elle n'est jamais une cause de mort. Mais si l'on réfléchit que le malade frappé d'une attaque perd toute conscience, qu'il peut tomber dans le feu, dans l'eau ; que, si l'accès le prend dans son lit, il peut avoir la face appliquée contre son oreiller et succomber asphyxié ; qu'il n'est pas rare qu'il se fasse quelque fracture, quelque luxation ou quelque contusion grave ; qu'il se morde profondément la langue ; si, dis-je, on tient compte de tous ces accidents possibles, et j'en ai vu de nombreux exemples, on conviendra que le malheureux épileptique n'est jamais sûr de l'heure prochaine. Il y a quelques jours à peine, j'en ai observé un qui, pris d'une attaque pendant son repas, faillit être étouffé, et ne put qu'à grande peine être rappelé à la vie.

Les attaques subintrantes (état de mal) sont infiniment plus graves, et, comme je l'ai dit plus haut, elles entraînent presque fatalement la mort, quand elles s'accompagnent d'une élévation marquée de la température.

La forme de l'attaque n'influe pas sensiblement sur le pronostic : on ne peut pas dire, par exemple, qu'un malade qui n'a que des absences ou des vertiges soit plus profondément atteint, ou, au contraire, moins gravement compromis que celui qui a de grandes attaques. On a prétendu, mais sans preuve certaine, que, lorsque les trois formes d'accès sont observées chez le même malade, le pronostic est plus fâcheux que lorsque l'une ou l'autre seule se manifeste chez lui.

On a dit aussi que les attaques nocturnes altèrent moins l'intelligence que les attaques diurnes : c'est l'opinion de Voisin ; Axenfeld est d'un avis opposé.

tique ! » A peine avait-il achevé sa phrase, que Calmeil était debout, lui demandant s'il croyait encore qu'il fut impossible de simuler l'épilepsie. Avec un peu plus d'attention, Esquirol ne se serait certainement pas trompé. (TROUSSEAU, *loc. cit.*, p. 42.)

En réalité, toutes les particularités de l'accès d'épilepsie me paraissent n'avoir, au point de vue du pronostic, qu'une importance tout à fait secondaire. C'est dans la cause même de l'épilepsie qu'il faut chercher les motifs du jugement à porter. Il faut en revenir à la division que j'ai proposée : la grande épilepsie, l'épilepsie vulgaire, s'accompagnant d'une malformation organique congénitale, est évidemment une affection très grave ; non pas qu'elle compromette l'existence autrement que par les accidents qu'elle peut entraîner ; mais elle ne va pas sans un arrêt de développement de l'intelligence, et, alors même que les accès disparaissent, le malade reste imbécile ou idiot. Ce n'est que très exceptionnellement que l'on peut observer des individus ayant des attaques et une intelligence normale.

Les affections épileptiformes, par contre, sont d'un pronostic très variable, qui tient uniquement à la cause originelle du mal. La syphilis cérébrale, l'alcoolisme, le saturnisme pouvant guérir, il en résulte que les épilepsies syphilitique, alcoolique, saturnine, sont elles-mêmes très curables. J'en dirai autant de l'épilepsie traumatique, qui peut disparaître par suite d'une opération chirurgicale. Il en est autrement des épilepsies liées aux lésions cérébrales incurables (cancers, hydatides, hémorragies, etc.) : elles sont elles-mêmes au-dessus des ressources de l'art. Et il y a encore cette différence entre ces épilepsies et l'épilepsie vulgaire, c'est que celle-ci reste indéfiniment stationnaire, tandis que les autres s'aggravent parallèlement aux progrès des maladies cérébrales qui les occasionnent.

Les épilepsies symptomatiques comportent, pour ainsi dire, chacune un pronostic particulier ; il en est de même des épilepsies sympathiques : de nombreux exemples prouvent que celles-ci guérissent souvent.

Mais il importe cependant, même lorsque l'on se trouve en présence d'une épilepsie curable, de se rappeler que souvent la cause de l'épilepsie peut disparaître, et celle-ci persister néanmoins. Ainsi un syphilitique est radicalement guéri de sa syphilis, et cependant l'épilepsie continue : on peut se dire alors que le traitement a été impuissant à faire revenir le cerveau à son état normal, que des cicatrices indélébiles restent là comme de véritables épines et entretiennent l'aptitude convulsive.

Marche. — Durée. — Terminaison.

Marche. — Il ne faut pas se figurer l'épilepsie comme une maladie à évolution plus ou moins régulière. En tant que névrose, elle a au contraire une tendance singulière à rester stationnaire. Telle a été la première attaque, telles seront les suivantes, et cette situation peut se prolonger pendant une longue existence, sans modification aucune.

Les choses se passent tout autrement dans les affections épileptiformes, mais cela tient alors, non à l'épilepsie en elle-même, mais aux lésions organiques dont elle dépend.

Suivant Gowers, l'épilepsie peut commencer de trois manières différentes : ou bien de petites crises apparaissent seules pendant des mois et des années, avant que surviennent les grandes attaques ; ou bien, au contraire, une grande attaque éclate d'emblée à un moment donné, et ces attaques se renouvellent à intervalles plus ou moins éloignés ; ou, enfin, après une seule grande attaque, on reste des mois ou des années sans en observer de nouvelles.

En examinant mes malades, il me paraît facile d'en trouver qui répondent à chacune de ces catégories : un jeune homme, âgé de 22 ans, très impulsif, et par suite dangereux, a, depuis l'âge de 4 ans, des absences survenant à peu près tous les quinze jours. Il n'a eu, dans toute cette période, que trois grandes attaques. Un autre a eu sa première attaque (grande) à l'âge de 8 ans, après une longue promenade au soleil et, depuis cette époque, il a continué à en présenter très régulièrement.

Gowers a recherché quel était le temps écoulé entre la première et la seconde attaque, puis quel intervalle séparait les accès suivants. Je ne veux pas dire de mal de ces statistiques, mais que peuvent-elles nous apprendre?

Un point plus intéressant, peut-être, c'est de connaître le *moment* des attaques. Sont-elles plus fréquentes de jour ou de nuit? Et quand elles sont nocturnes, à quelle heure surviennent-elles de préférence? Féré a récemment étudié cette question (1), et il lui a paru que les attaques nocturnes se montrent de préférence au moment du réveil, ou quand le malade va s'endormir, c'est-à-dire

(1) *Société de biologie*, séances de 1888.

quand les hallucinations hypnagogiques surviennent. Y a-t-il un lien entre les deux phénomènes? se demande Féré.

Durée. — Sauf quand elle produit les accidents que j'ai énumérés (chutes dans le feu, dans l'eau, sur un corps vulnérant, etc.), l'épilepsie, par elle-même, ne compromet pas l'existence, elle n'est pas de nature à abréger la vie. On peut même s'étonner qu'un mal qui, à chaque crise, trouble si profondément la circulation et la respiration, n'entraîne pas plus fréquemment de complications cardiaques ou pulmonaires. Dans tous nos services d'épileptiques, nous en avons qui atteignent un âge avancé et qui succombent alors à une affection intercurrente quelconque.

Terminaison. — L'épilepsie peut se terminer par la mort, dans une attaque (abstraction faite, bien entendu, des accidents mortels); et l'on est quelquefois obligé de se demander pourquoi tel épileptique, qui, depuis trente ou quarante ans, a eu de fréquentes attaques, et des plus violentes, auxquelles il a résisté, est emporté soudain par une crise qui n'a pas paru plus forte que celles qui l'avaient précédée. L'autopsie ne donne pas toujours l'explication cherchée.

L'épilepsie peut aussi guérir : il n'est pas rare de voir des malades être débarrassés, à un moment donné, de leurs attaques, et n'en plus avoir le reste de leur vie. Faut-il faire honneur de ces guérisons aux différents traitements? Quelquefois ils sont si insignifiants qu'en vérité on ne saurait leur attribuer qu'une influence douteuse, et il vaut mieux croire à une guérison spontanée. Mais, dans l'épilepsie vulgaire, qu'est-ce qui guérit? C'est l'attaque qui disparaît; l'imbécillité ou l'idiotie persistent. J'en ai quelques exemples sous les yeux : un jeune homme de 20 ans, épileptique depuis l'âge de 3 ans, n'a plus d'attaques depuis quatre ans, mais il est dans un état de complète imbécillité; sa famille elle-même, qu'il n'a jamais quittée, ne sait à quoi attribuer la disparition des attaques. Il n'est plus épileptique : il reste imbécile.

Il en est tout autrement, pas n'est besoin de le faire remarquer, dans les affections épileptiformes, qui, lorsqu'elles guérissent, peuvent guérir complètement et sans laisser de traces.

III.

TROUBLES INTELLECTUELS. — FOLIE ÉPILEPTIQUE.

J'aurais pu, et peut-être même aurais-je dû, étudier les troubles intellectuels de l'épilepsie, au chapitre consacré à *l'accès épileptique*, d'autant plus que beaucoup de ces troubles se rattachent étroitement à l'accès. Mais ils ont une telle importance et ils nécessitent de si longs développements, qu'il m'a paru préférable de leur consacrer un chapitre spécial, dans lequel je réunirai tout ce qui se rapporte à la question.

Elle ne laisse pas que d'être complexe; car si, comme nous l'avons vu, l'épilepsie n'affecte pas nécessairement l'intelligence, cependant il existe entre elle et la folie des rapports étroits que tous les auteurs ont signalés.

Hippocrate fait la remarque que « les mélancoliques deviennent d'ordinaire épileptiques, et les épileptiques mélancoliques » (1).

Galien (2) note également la substitution des affections mélancoliques et épileptiques. Il signale aussi le trouble jeté dans les fonctions cérébrales par les attaques convulsives; ce qui, du reste, était de notoriété vulgaire (3).

Mais, jusqu'à Esquirol, tous les auteurs n'ont fait que signaler le fait, sans s'y arrêter (4); c'est lui qui en reconnut d'abord l'importance.

Esquirol publia ses premières observations en 1817, dans le *Journal de Corvisart*, (5); plus tard, il écrivit l'article *Épilepsie*

(1) Tome V, § 31, p. 355.

(2) *De locis affectis*, chap. X.

(3) On lit dans Hérodote : « Tels furent les excès auxquels Cambyse se porta contre ceux de sa maison, soit que sa frénésie fût une punition de l'outrage commis envers Apis, soit qu'elle lui vînt d'ailleurs, comme une infinité d'autres maux qui affligent ordinairement l'espèce humaine. Car on dit que, de naissance, il était sujet à l'*épilepsie*, que quelques-uns appellent mal sacré. Il n'est donc pas étonnant que, le corps étant attaqué d'une si grande maladie, il n'eût pas l'esprit sain. » (THALIE, liv. III, p. XXXIII).

(4) Willis, par exemple, dit : *Epilepsia in alios morbos commutatur, non raro in paralysin, melancholiam, aut maniam, desunit.* (*Op. omnia.* Lyon, 1881, 2 vol., I, p. 450.)

(5) Tome XXXII.

du *Dictionnaire des sciences médicales;* enfin il en fit un chapitre de son *Traité des maladies mentales* (1).

Ses élèves le suivirent dans cette voie : Calmeil, en 1824, étudiait les rapports de l'épilepsie avec l'aliénation mentale dans sa *Thèse inaugurale*.

Bouchet et Cazauvieilh traitaient le même sujet dans un mémoire qui, en 1825, obtint le prix annuel fondé par Esquirol (2).

Viennent ensuite les travaux de Foville (3), de Georget (4), de Beau (5), de Leuret (6), de Billod (7), la thèse de Cavalier (8), celle de Hanshalter (9), enfin une foule de travaux qui, tant en France qu'à l'étranger, sont disséminés dans les thèses, les journaux de médecine, les traités des maladies mentales ou les ouvrages consacrés à l'épilepsie.

Quelle est l'opinion qui se dégage des recherches de cette première période, qui va depuis Esquirol jusqu'à Morel? C'est tout simplement que le délire des épileptiques peut revêtir les formes les plus diverses : dans sa statistique des femmes épileptiques de la Salpêtrière, Esquirol (10) compte des monomaniaques, des maniaques, des furieuses, enfin et surtout des démentes : « La démence, dit-il, est l'espèce d'aliénation qui menace le plus ordinairement les épileptiques. »

En 1843, Billod écrivait : « Les malades peuvent présenter à la suite de leurs accès toutes les variétés des maladies mentales, depuis le délire le plus général avec excitation jusqu'au délire le plus partiel. »

Telle est aussi la doctrine de Delasiauve : « Les perturbations mentales, dit-il, sont nombreuses et diverses. L'épileptique parcourt, en quelque sorte, tous les tons de la gamme maniaque, depuis l'irascibilité capricieuse, l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur la plus déréglée. » Et il décrit, non

(1) Tome I. Paris, 1838.
(2) *Archives générales de médecine*, 1825, t. IX et X.
(3) Art. *Épilepsie* in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1831.
(4) Art. *Épilepsie* in *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, en 30 vol. Paris, 1835
(5) *Archives de médecine*, 1836, t. XI.
(6) *Archives de médecine*, 1843.
(7) *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. II.
(8) *Sur la fureur épileptique*. Montpellier, 1851.
(9) *Du délire des épileptiques*. Strasbourg, 1853.
(10) *Loc. cit.*, p. 142.

seulement la manie épileptique, mais la stupidité, la mélancolie, les monomanies, enfin la démence et l'idiotie.

Haushalter signale les formes suivantes du délire épileptique : l'idiotie, la démence, la stupidité, la lypémanie, la manie.

Dagonet (1) reproduit les idées de Delasiauve.

Enfin, dans des publications récentes, Ach. Foville (2) et Aug. Voisin (3) reconnaissent que la folie épileptique peut revêtir toutes les formes.

Dans toute cette première période, la folie est considérée comme une complication de l'épilepsie, j'ajouterai même comme une complication habituelle, car l'observation n'a guère porté que sur les épileptiques enfermés dans les asiles d'aliénés.

Il était réservé à Morel de renouveler complètement la face de la question, d'abord en affirmant que la folie épileptique a des symptômes qui lui sont propres, suffisants pour la caractériser nettement et pour empêcher qu'on ne la confonde avec aucune autre forme mentale, ensuite en soutenant que la folie épileptique n'est pas seulement l'épilepsie ordinaire compliquée d'un élément nouveau, le délire, mais que c'est la névrose elle-même *transformée* (4); le délire peut remplacer la convulsion, et, dans ce cas, il a des caractères nettements distinctifs. C'est là ce que Morel appelle l'*épilepsie larvée*.

Défendue avec la verve et le talent habituels de son auteur, la théorie de l'épilepsie larvée fut accueillie avec une grande faveur. Non seulement elle avait le rare mérite d'un aperçu scientifique original et nouveau, mais elle jetait un jour inattendu sur l'une des questions les plus obscures de la médecine légale, l'une de celles qui avaient donné lieu aux discussions les plus passionnées. Car Morel n'avait pas hésité à englober dans l'épilepsie larvée toutes ces formes mentales qui, « sous le nom de *manie furieuse*, *folie instantanée*, *transitoire*, *manie périodique*, voire même *mélancolie avec stupeur*, enfin *folie homicide* (5), » étaient depuis si longtemps l'objet des interprétations les plus diverses, des controverses les plus irritantes.

(1) *Traité des maladies mentales*. Paris, 1867.
(2) Art. *Folie*, in *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XV.
(3) Art. *Épilepsie*. *Ibid.*, t. XIII.
(4) *Traité*, p. 125.
(5) *Loc. cit.*, p. 125.

Le premier travail de Morel sur l'épilepsie larvée parut en 1860 dans la *Gazette hebdomadaire*. Il eut la singulière bonne fortune de voir ses idées adoptées sans conteste, et en quelque sorte d'enthousiasme, par les aliénistes les plus éminents, non seulement en France, mais à l'étranger, en Allemagne, en Angleterre. J. Falret leur donna l'appui de sa plume élégante. Dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine* (1), il établit l'équivalence parfaite des symptômes convulsifs et intellectuels chez les épileptiques : il décrit un *grand mal* et un *petit mal intellectuels*, semblables au *grand mal* et au *petit mal convulsifs*.

La découverte de l'épilepsie larvée marque une période décisive dans l'histoire de la folie épileptique : il n'est que juste de reconnaître le grand mérite de Morel.

Mais il restait un point à élucider. Quand, chez un épileptique, on constate du délire, est-ce toujours l'épilepsie qu'il faut accuser d'en être la cause? Jusqu'à ces dernières années, cette question ne s'était même pas posée. Et cependant il y a là une distinction à faire, et qui n'est pas spéciale à l'épilepsie.

Qu'un individu infecté de syphilis prenne une angine, cette angine ne sera pas nécessairement une angine syphilitique ; elle peut être purement accidentelle, tenir à un refroidissement. Qu'un phtisique prenne la diarrhée : ce peut être la conséquence directe de la cachexie tuberculeuse, ayant déterminé des ulcérations dans l'intestin, mais elle peut aussi avoir été provoquée uniquement par l'ingestion fortuite d'un aliment indigeste. Si enfin, dans le cours d'une blennorrhagie, il survient une conjonctivite, ce ne sera pas nécessairement une conjonctivite blennorrhagique ; une irritation purement locale peut avoir enflammé la conjonctive.

Il n'en est pas autrement dans l'épilepsie. Outre les troubles intellectuels intimement liés à l'attaque, naissant à l'occasion de l'attaque et disparaissant avec elle, on peut observer chez l'épileptique des symptômes de délire de toute autre origine : de délire toxique, par exemple (alcoolisme), ou d'un délire chronique, de même nature et de même cause que celui que l'on observe chez les aliénés en général. En effet, de même que l'épilepsie est compatible avec l'intégrité de l'intelligence, de même elle peut s'allier

(1) 1860, t. XVI, p. 661 ; 1861, t. XVII, p. 461 ; et t. XVIII, p. 423.

à une prédisposition, héréditaire ou acquise, aux maladies mentales. Et pourquoi l'épileptique ainsi prédisposé ne deviendrait-il pas mélancolique par suite du chagrin que lui cause sa maladie? Pourquoi la douloureuse perspective de ne pas guérir ne le pousserait-elle pas au suicide? Pourquoi enfin ne s'imaginerait-il pas que son mal a été causé par un maléfice, un sortilège, le mauvais vouloir d'une personne qu'il connaît; et pourquoi un délire systématisé ne s'échafauderait-il pas sur cette conception maladive?

La multiplicité des délires chez le même malade a été mise en lumière par Magnan (1) et ses élèves; cette conception, d'une si haute portée en clinique et en médecine légale, marque la troisième période, la période actuelle, dans l'histoire de la folie épileptique.

Lors donc que l'on veut, actuellement, étudier les rapports de la folie avec l'épilepsie, il faut distinguer soigneusement le délire qui se rattache directement, intimement à l'attaque, délire qui seul mérite le nom de *délire épileptique*, et celui qui, pour une cause quelconque, survient chez l'épileptique (2).

A. — Délire épileptique.

Toute attaque, si légère soit-elle, entraîne, comme nous l'avons vu, un trouble profond dans l'intelligence : le malade perd instantanément, et pour un temps variable, toute conscience de ses actes; il ne revient à lui qu'après cette éclipse momentanée du moi.

Mais cette suspension momentanée des facultés intellectuelles peut être précédée, ou suivie, de symptômes de délire plus ou moins grave.

a. **Délire qui précède l'attaque.** — Ce délire constitue en réalité une variété de l'*aura*; c'est une *aura intellectuelle* qui con-

(1) MAGNAN. *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné*, in *Arch. de neurologie*, 1880, n° 1. — GARNIER. *Coexistence chez un épileptique d'un double délire.* (*Gazette hebdomadaire*, 1880, n° 9.) — PICHON. *Des maladies de l'esprit*. Paris, 1888.

(2) Toutes ces idées sont longuement défendues dans mon Mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1877; mais ce mémoire est resté inédit. Je ne réclame donc aucune priorité.

stitue le signe avant-coureur certain de l'attaque. J'en ai déjà dit quelques mots plus haut, en parlant de l'*aura*. Chez beaucoup d'épileptiques, l'attaque convulsive est annoncée, plusieurs jours ou plusieurs heures à l'avance, par un changement dans l'humeur, dans le caractère; les uns deviennent tristes, maussades, ressentant un malaise intérieur qu'ils ne peuvent définir et qui les plonge dans une extrême anxiété. Le sommeil est agité par des rêves pénibles; la mémoire est troublée, les idées se brouillent. Quelques-uns ont des hallucinations, ou sont obsédés par des souvenirs désagréables.

J'ai connu un ancien soldat de marine, réformé pour épilepsie, se faisant remarquer par son caractère brutal, violent, querelleur. Ses attaques le prenaient environ tous les mois, et, invariablement, deux ou trois jours avant la crise, il devenait réclameur, demandait à sortir, disait qu'il savait travailler, qu'il pouvait gagner sa vie. Peu à peu il s'animait et arrivait rapidement au paroxysme de la colère. Il fallait alors se hâter de l'enfermer; dans sa cellule, il criait, vociférait, proférait les plus terribles menaces, mettait en pièces tout ce qui se trouvait à sa portée : c'était une véritable fureur maniaque. Puis une attaque survenait, bientôt suivie d'une ou plusieurs autres; il tombait dans une profonde torpeur, d'où il sortait au bout de quelques heures, encore agité; mais le calme ne tardait pas à revenir, et durait jusqu'à la crise prochaine.

Chez d'autres malades, on remarque une exacerbation hypocondriaque; ils se plaignent d'éprouver un feu intérieur, d'avoir l'estomac chargé, les jambes faibles; ou, au contraire, comme je l'ai signalé plus haut, il existe une véritable *euphorie :* jamais ils ne se sont si bien portés, ils sont sûrs qu'ils n'auront plus d'attaques, etc. Cette conviction, ils cherchent à la communiquer à leur entourage, et pendant des heures, avec l'insistance monotone propre aux épileptiques, on les entend répéter les mêmes doléances, ou, au contraire, les mêmes paroles de satisfaction. Tout cela cesse avec l'attaque qui n'est pas loin.

Quelquefois il y a des actes instinctifs, des impulsions irrésistibles.

C..., à l'approche de ses attaques, est pris d'un irrésistible besoin de voler : il fouille les poches de ses camarades et s'empare indistinctement de tout ce qu'il y trouve; chose curieuse, on ne remarque chez lui aucune tendance au vol dans les intervalles libres.

Une vieille fille épileptique, démente, s'agite toujours la veille de ses attaques; elle marmotte des injures, pince et mord ses voisines, va, vient, ne tient pas en place. D'habitude elle reste immobile à sa place, indifférente à tout ce qui l'entoure.

Un idiot épileptique, âgé de 18 ans, est pris, quelques heures avant la crise, d'une sorte de frénésie; il profère avec une volubilité extrême une espèce de chant cadencé qu'il est impossible de comprendre: en un clin d'œil, il met en pièces ses vêtements, se griffe et se déchire la peau du visage.

R..., un autre idiot, épileptique de naissance, presque sourd, chaque fois qu'il doit avoir une attaque, se roule par terre en poussant une sorte de grognement inarticulé, mange de la terre, de l'herbe, l'écorce des arbres.

Dans cette catégorie de symptômes délirants avant-coureurs de l'attaque, on peut ranger également le besoin irrésistible de mouvement qui s'empare de certains épileptiques, et qui fait qu'ils marchent devant eux, sans s'arrêter, pendant des heures entières, jusqu'à ce qu'ils tombent en proie à une convulsion.

Il est inutile de multiplier les exemples : j'ajouterai seulement que le délire *anté-épileptique*, quel qu'il soit d'ailleurs, est caractérisé par la soudaineté de son apparition, les impulsions violentes, et, une fois l'accès passé, l'oubli complet de tout ce que le malade a pu faire pendant cette période.

b. **Délire qui suit l'attaque. (Délire postépileptique).** — Suivant J. Falret, qui a donné du délire postépileptique une description en quelque sorte classique, ce délire affecterait surtout la forme de *manie avec fureur*, ou *grand mal intellectuel*. C'est, en effet, le cas le plus habituel; mais il peut arriver aussi que l'épileptique, aussitôt après l'accès, se livre à des actes déraisonnables ou dangereux, sous l'influence d'une *impulsion* soudaine, irrésistible, ou, au contraire, que l'on voie se dérouler une suite d'actes plus ou moins compliqués, tels qu'on les observe dans le vertige; c'est, pour employer l'expression de Charcot, une véritable scène de *somnambulisme comitial*. Ces trois variétés ont, comme nous le verrons, des caractères communs; elles ne diffèrent, au fond, pas plus entre elles que ne diffèrent entre elles les trois formes de l'accès épileptique, absence, vertige, grande attaque.

1° *Impulsion*. — Un ouvrier, dans une rue qu'il traverse en

mangeant, plonge le couteau dont il se sert dans le ventre d'un passant, et continue son chemin et son repas (1).

Voilà un type d'impulsion soudaine, irréfléchie, non motivée, et c'est de cette façon qu'elles se produisent souvent chez les épileptiques, après un accès, complet ou incomplet. C'est presque invariablement un acte de violence, une tentative homicide. Un forgeron, qui avait toujours passé pour être doux, bien portant et inoffensif, travaille avec l'un de ses camarades. A un moment donné, son camarade se penche sur l'enclume, et le forgeron lui assène tout à coup sur la nuque un violent coup de marteau qui produit une grave blessure. L'enquête démontra que le forgeron était épileptique, et qu'il avait agi sans aucun motif (2).

R... est foudroyé par une attaque ; un de ses camarades s'approche et veut lui venir en aide. Au même instant, R... saisit son vase de nuit, et le brise sur la tête de celui qui venait à son secours. Pareil fait s'est déjà produit plusieurs fois.

La femme L..., âgée de 50 ans, épileptique depuis l'âge de 8 ans, avait eu dans ces derniers temps des attaques plus fréquentes et plus fortes. Elle avait pris chez elle une de ses parentes qui devait la soigner, et elle la faisait coucher dans sa chambre. Une nuit, après une crise, elle prit son vase de nuit et en asséna un coup tellement violent sur la tête de sa compagne qu'elle l'étendit à ses pieds, grièvement blessée et évanouie.

Il y a quelques mois, un de mes épileptiques, remarquable par son extrême violence, eut une attaque pendant qu'il prenait un bain, et disparut sous l'eau. Il nous fallut de longs efforts pour combattre le commencement d'asphyxie ; au bout d'une heure seulement le malade revint à lui, et incontinent il nous assaillit à coups de pied et à coups de poing.

On peut observer de même des impulsions pyromaniaques. Motet a rapporté à la Société médico-psychologique (3) l'histoire d'un épileptique qui, dans son village, avait allumé vingt-trois incendies ; il est vrai que la plupart (quinze) avaient eu lieu le dimanche soir, sous l'influence d'un appoint d'alcool. Ce malade eut un jour une attaque d'épilepsie sous les yeux de son gardien ; elle fut suivie d'un délire pendant lequel il se voyait entouré de flammes.

(1) Tardieu. *Étude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872, p. 133.
(2) Legrand du Saulle. *Loc. cit.*, p. 43.
(3) Mai 1883.

Un des malades chez lesquels j'ai observé au plus haut degré cette tendance impulsive à la violence est un jeune homme, âgé actuellement de 24 ans, grand, bien développé, mais avec une remarquable asymetrie de la face et du crâne. Depuis l'âge de 5 ans, il a des *absences*, qui lui reviennent à peu près tous les quinze jours : il pâlit, grimace, tourne la tête, laisse tomber ce qu'il tient à la main. En quelques secondes, il revient à lui, mais il est alors d'une irritabilité extrême, frappe avec violence ceux qui se trouvent près de lui, profère des injures ou des obscénités, qui lui ont valu déjà un nombre infini d'algarades avec la police.

Je citerai encore, pour terminer, le fait suivant :

Un homme de 37 ans, cultivateur aisé, célibataire, est placé dans mon service parce que la veille, dans un accès de fureur soudaine, il s'était précipité sur sa mère septuagénaire et avait cherché à l'étrangler ; on avait eu toutes les peines à la tirer de ses mains. Pendant les premiers jours, II... se montra calme, triste, sans initiative, ne se plaignant que de son estomac, qui, disait-il, fonctionnait mal depuis longtemps. N'ayant à ce moment aucun renseignement sur le passé du malade, je dus laisser mon diagnostic en suspens : mais, le cinquième jour de son entrée, on le vit subitement pâlir, marmotter quelques paroles inintelligibles et s'affaisser sur son banc ; bientôt il revenait à lui, mais toute la journée il resta troublé, maussade, mal à l'aise. Cet incident leva mes doutes ; j'appris alors de la famille que II... était sujet à des *faiblesses* de ce genre depuis son enfance, mais que l'on n'y avait attaché aucune importance et qu'on n'avait fait aucun traitement. Il ne se souvenait pas de l'attentat qu'il avait commis, se bornant à dire que « l'Esprit malin entraine souvent à faire du mal », et ne manifestant pas la moindre émotion quand je lui en parlais.

2° *Somnambulisme comitial.* — Il ne diffère pas, au fond, du *vertige*, et Beau n'avait pas tort de considérer le vertige comme un ensemble de symptômes d'épilepsie et d'aliénation mentale. On voit se dérouler une succession de faits, souvent fort compliqués, mais rappelant surtout les actes habituels du malade.

Ce qui n'est pas rare, c'est un besoin irrésistible de mouvement : un menuisier abandonne son établi, dépose ses outils et disparaît pendant huit jours. Il était allé à soixante lieues de son domicile et en était revenu sans savoir pourquoi (1).

Un épileptique, dont Brierre de Boismont a rapporté l'histoire, avait un accès tous les mois. Dans l'un de ces accès, se trouvant à

(1) TARDIEU. *Loc. cit.*

la campagne, occupé aux travaux de la moisson, il saisit une faux et, se précipitant à travers champs, il coupa, avec une extrême rapidité, tout ce qui se trouvait devant lui, poussé par une voix qui lui disait d'agir ainsi. Après avoir traversé beaucoup de terres labourées, il finit par tomber, épuisé de fatigue, au pied d'un mur, et s'y endormit.

Quantité d'exemples sont relatés dans les ouvrages sur l'épilepsie; on en trouvera notamment dans Legrand du Saulle (1), Hughlings Jackson (2), et, bien avant ces auteurs, dans la clinique de Trousseau; Falret les range dans ce qu'il appelle le *petit mal intellectuel*, par opposition au *grand mal*.

Ce qui est très remarquable dans ces phénomènes, c'est que l'épileptique cause et agit, dans un grand nombre de cas, comme s'il était pleinement conscient et maître de lui, et cependant on observe une certaine absence de perception, un trouble dans les idées ou une incohérence plus ou moins marquée. Il fait des choses étranges ou folles qui indiquent bien que l'esprit n'est pas dans son assiette normale. Comme le somnambule, il ne perçoit les objets qui affectent ses sens qu'autant qu'ils ont un rapport quelconque avec les idées et les sentiments dont il est possédé (3).

3° *Manie, fureur épileptique.* — Au coma consécutif à l'attaque d'épilepsie peut succéder brusquement une excitation cérébrale qui se traduit par des actes d'une violence inouïe. Le malade arrive instantanément, sans transition, au paroxysme de la fureur; il crie, il s'agite d'une manière désordonnée, les traits sont crispés; la face est rouge, vultueuse, le regard brillant, le pouls accéléré.

Suivant A. Voisin, ces accès de fureur sont toujours accompagnés de fièvre; la température axillaire monte jusqu'à 39°, et celle du rectum jusqu'à 40° (4). J'avoue qu'il ne m'a jamais été possible de vérifier cette assertion en appliquant le thermomètre à un épileptique en fureur.

En proie à cette exaltation furieuse, l'épileptique est excessi-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Revue scientifique*, 1876, t. XVII, p. 169.
(3) Maudsley. *Loc. cit.*, p. 225.
(4) *Loc. cit.*, p. 598.

vement dangereux; il mord, il frappe, il brise tout ce qui lui tombe sous la main; il commet les actes les plus atroces.

Un paysan d'une quarantaine d'années, épileptique depuis sa jeunesse, et qui, dans les derniers temps, a fait des excès alcooliques, a failli un jour tuer sa femme à coups de hache; c'est à la suite de cet événement qu'il fut séquestré. C'est un homme d'une constitution athlétique, habituellement sombre, silencieux, indifférent. A l'approche des attaques, qui surviennent environ tous les mois, les traits s'altèrent, la physionomie prend une expression de méchanceté; il se promène la tête baissée, en murmurant : « Cela ne peut pas durer! Cela ne durera pas! » Il faut alors se hâter de l'enfermer, car l'attaque n'est pas loin, et elle est suivie, pendant deux ou trois jours, d'un état de fureur inexprimable. Il se roule dans sa cellule, vocifère des menaces, grince des dents, mord avec rage tout ce qu'il peut atteindre; ses yeux sont injectés, sa bouche écume; la langue est sèche, la peau chaude, le corps baigné de sueur. Puis il tombe dans un lourd sommeil et, au bout de quelques heures, il se réveille abattu, brisé, courbaturé, sans aucun souvenir de ce qui s'est passé.

On comprend quels crimes atroces est capable de commettre un pareil malade lorsqu'il est en liberté. Ai-je besoin de rappeler le cas de cet épileptique qui, en 1875, dans l'arrondissement de Montargis, assassina en quelques heures sept personnes, dont quelques-unes lui étaient absolument inconnues, et que le hasard seul avait mises sur son chemin? Dans sa rage aveugle, le malade massacra son chat avec le même acharnement qu'il avait déployé contre sa femme et ses autres victimes.

Pareil fait s'est produit à Bordeaux en 1887 : un ancien matelot, épileptique d'ancienne date, frappe successivement à coups de couteau sept personnes qu'il rencontre dans la rue. Il essaya également de blesser un cheval et le mordit aux naseaux.

Ces deux observations sont reproduites dans Legrand du Saulle.

La fureur épileptique s'accompagne fréquemment d'exaltation religieuse; j'en ai rencontré de nombreux exemples :

D..., lithographe, a reçu une excellente éducation; mais il souffre d'une prédisposition héréditaire; sa mère est morte aliénée. Épileptique depuis l'âge de 15 ans, il a pu cependant devenir un excellent ouvrier dans son métier, et, même à l'asile, dans les intervalles des attaques, il occupe ses loisirs à graver une carte. Il est habituellement triste, morose, irritable, comme honteux de son mal; grande exaltation religieuse, entretenue par des lectures pieuses.

Les accès viennent subitement. Au milieu de son travail, il s'interrompt, fait quelques pas dans la chambre, et crie d'une voix retentissante : « Dieu m'abandonne! » puis il tombe en convulsions. L'attaque finie, il reste en proie à un délire intense, marchant à pas saccadés dans sa cellule, et criant par intervalles : « Dieu m'abandonne! » Le calme revient au bout de deux ou trois jours (1).

De prime abord, le délire épileptique paraît revêtir le caractère de la manie, et il est généralement décrit sous le nom de manie épileptique. On y trouve, en effet, les principaux symptômes de

(1) Je reproduis ici une description qui me paraît admirable de vérité et d'exactitude : « ... Au moment où le fils d'Alcmène (Hercule) allait de sa main droite prendre un tison sur l'autel pour le plonger dans l'eau lustrale, il *s'arrêta en silence*; et, comme il tardait, ses fils le regardèrent. *Il n'était déjà plus le même; il tournait ses yeux hagards, ses prunelles sanglantes s'élançaient hors de leurs orbites*, et l'écume dégouttait sur sa barbe touffue. En même temps il s'écria avec un rire d'insensé : « Pourquoi, mon père, allumer le feu lustral avant d'avoir tué Eurysthée? etc. » Alors, se mettant en marche, et s'imaginant avoir un char quand il n'en avait pas, il s'élance en idée sur le siège, et fouette comme s'il avait un aiguillon dans la main.... Et lui, parcourait en tous sens sa demeure...., se dépouillant de ses vêtements, il lutta contre un ennemi imaginaire.... Puis, se croyant à Mycènes, il fait entendre de terribles menaces contre Eurysthée. Son père alors, touchant sa main puissante, lui adresse ces mots : « Mon fils, que t'arrive-t-il? » ...Hercule croit que c'est le père d'Eurysthée...; il le repousse et prépare son carquois et son arc, pour s'en servir contre ses propres enfants, qu'il croit ceux d'Eurysthée.... Il poursuit un enfant autour de la colonne, et d'un trait lui perce le foie... Alors il tend son arc contre celui des enfants qui, tapi contre l'autel, se croyait à l'abri. ....Hercule roulait les yeux farouches d'une Gorgone; et, comme l'enfant se tenait en deçà de l'arc, il lève sa massue au-dessus de sa tête, comme un forgeron qui bat le fer, la laisse retomber sur la tête blonde de l'enfant, et lui brise le crâne.... Se croyant sous les murs des Cyclopes, il sape, ébranle les portes, en fait sauter les battants, et, d'un même coup, abat sa femme avec son fils. Alors il s'élançait pour immoler son vieux père, lorsque, visible à tous les yeux, apparut Pallas, brandissant dans sa main une lance armée d'un fer pointu. D'une pierre lancée contre la poitrine d'Hercule, elle arrêta le héros .., et elle le *plongea dans un sommeil profond. Il tomba sur le sol, heurtant de l'épaule une colonne qui s'était brisée*.... Nous avons aidé le vieillard à l'attacher à la colonne, afin qu'il ne puisse, à son réveil, commettre de nouveaux forfaits. Il dort, l'infortuné!.. » Puis Hercule se réveille, et il ne se souvient de rien : « Pourquoi ces liens qui attachent, comme le navire au rivage, ma poitrine et mes bras vigoureux à cette colonne brisée? Pourquoi ces cadavres près de la place que j'occupe?... Je cherche en vain où je suis.... » Et la scène continue, jusqu'à ce que peu à peu la lumière se fasse, et qu'on apprenne à Hercule ce qui s'est passé.

J'ai beaucoup abrégé cette admirable scène d'Euripide : mais n'est-ce pas la description complète d'un accès de fureur épileptique? Rien n'y manque, ni l'explosion soudaine, ni la fureur aveugle, ni les meurtres multipliés, ni l'inconscience absolue pendant le drame, ni enfin le coma qui termine la scène. En faut-il davantage pour affirmer, comme je le disais en commençant, que, pour les anciens, Hercule était un épileptique, d'où le terme *morbus herculeus*? (Euripide. *Hercule furieux*; théâtre, trad. Pessonneaux. Paris, 1878, 2e édit., t. I, pp. 375 et suiv.)

la manie. Il est vrai que ces symptômes s'accompagnent aussi de signes non douteux de dépression psychique, de telle sorte que l'on pourrait aussi bien les rattacher à la lypémanie, et c'est ce que fait Krafft-Ebing (1).

En réalité le délire épileptique n'est ni la manie, ni la lypémanie : c'est un état tout spécial qui peut tenir à la fois de l'une et de l'autre, mais qui en diffère complètement au fond.

Le délire épileptique éclate presque toujours subitement, sans prodromes, et il arrive instantanément à son summum d'intensité ; dans la manie, au contraire, la période d'excitation est précédée le plus souvent d'une période de tristesse, de dépression.

De même il tombe brusquement, sans transition : la manie ne se calme que graduellement.

La durée du délire épileptique est courte : quelques heures, quelques jours au plus. Dans la manie, l'agitation peut se prolonger des mois entiers, sans aucun répit.

Un autre caractère du délire épileptique, c'est la facilité, la rapidité avec laquelle il se change en *fureur*, fureur aveugle, indomptable, dont aucune description ne saurait peindre l'intensité. Jamais le maniaque n'est possédé de cette rage sauvage.

Quelle que soit d'ailleurs la violence du délire, jamais l'agitation de l'épileptique n'est franche, nette, comme celle du maniaque; jamais on n'y rencontre cette exubérance, cette expansion, cette gaieté même qui accompagnent si fréquemment la manie. Il y a toujours chez l'épileptique quelque chose de sombre, de farouche ; le malade est comme sous l'impression d'un horrible cauchemar. Son agitation se greffe sur un fond de dépression psychique et s'accompagne d'une obnubilation intellectuelle qui, à certains égards, rappelle celle de l'ivresse alcoolique.

Mais, outre ces différences tout extérieures, il y en a d'autres, bien plus importantes.

Ainsi, dans la manie, dans la lypémanie, le cerveau fonctionne activement; il y a des idées qui se succèdent, qui s'enchaînent, qui sont reliées entre elles par un lien plus ou moins logique. Tantôt, comme chez le maniaque, les idées sont si abondantes, elles se suivent si pressées, qu'avant même qu'elles soient entièrement formulées, une idée nouvelle remplace celle qui l'a pré-

(1) *Folie passagère*, in *Annales médico-psychologiques*, 1870, t. I, p. 401.

cédée : d'où l'apparente incohérence du délire. Tantôt, comme chez le lypémaniaque, il y a toute une série d'idées se déduisant l'une de l'autre, ayant leur point de départ dans une conception délirante, dans une sensation douloureuse.

Rien de pareil chez l'épileptique. A vrai dire, il n'y a pas chez lui délire proprement dit, car il n'y a pas d'idées. Le cerveau ne fonctionne pas (1). Et ce qui le prouve, c'est que l'épileptique n'a aucune conscience de ce qu'il fait, de ce qui se passe autour de de lui; revenu à lui, quand l'accès est passé, il n'en garde absolument aucun souvenir, pas plus qu'il ne se souvient de l'attaque convulsive.

Tandis que le maniaque, le lypémaniaque, après des semaines et des mois du délire le plus compliqué, se rappellent avec une exactitude minutieuse les moindres incidents de leur longue maladie.

On s'explique aussi que chez l'épileptique il n'y ait ni délire compliqué, ni incohérence des idées : en fait, il n'y a jamais qu'une idée, une seule, qui jaillit dans le cerveau troublé, et qui se répète incessamment la même.

Le symptôme fondamental du délire épileptique, celui que l'on trouve dans toute manifestation épileptique, c'est la *perte de conscience* complète, absolue.

A côté de ce symptôme fondamental, il en est un autre, presque constant aussi, c'est l'*hallucination*, visuelle ou auditive, qui est presque toujours de nature terrifiante; ce qui tient sans doute à l'état habituel de dépression psychique du malade. Outre son caractère terrifiant, l'hallucination est aussi, dans le plus grand nombre des cas, de forme religieuse, ce qui peut encore s'expliquer par les préoccupations habituelles de l'épileptique.

C'est l'hallucination qui entretient l'agitation du malade : « l'agitation, dit Delasiauve, ne se maintient en général qu'autant que les hallucinations subsistent. Lorsqu'elles viennent à cesser, le malade tombe dans une sombre prostration. »

C'est aussi l'hallucination, sans conteste, qui est la cause première des actes de violence auxquels s'abandonne l'épileptique

(1) Il serait plus exact de dire : Le cerveau fonctionne *automatiquement*, comme dans le rêve, le somnambulisme, etc. Mais comme tout s'y passe à l'insu et en dehors de la volonté de l'individu, j'ai voulu indiquer que le fonctionnement *normal* est aboli.

dans son délire : l'hallucination arme son bras, dirige ses coups. Il se voit entouré de flammes, enveloppé dans un nuage couleur de sang, des spectres effrayants se dressent devant lui ; une voix lui répète sans cesse : « Tue! tue! frappe! » et il est entraîné ainsi à frapper au hasard, à coups répétés, jusqu'à ce que l'hallucination cesse, ou que le bras fatigué se refuse à continuer.

On s'explique ainsi que, dans ces accès de délire, l'épileptique frappe *plusieurs* victimes, et qu'il les frappe à *coups répétés,* s'acharnant sur elles avec une rage aveugle. Telle une machine lancée en avant, avec une puissance irrésistible, broyant tout sur son passage, et ne s'arrêtant que lorsque la force d'impulsion est épuisée.

Qu'au lieu d'une hallucination il y ait une idée délirante, le phénomène est identique. Cette idée n'est ni raisonnée, ni réfléchie ; elle surgit on ne sait ni pourquoi, ni comment, au moment même de l'accès, et elle s'empare du malade avec une puissance irrésistible. D'ordinaire, c'est une idée dont le malade est habituellement préoccupé; et si, par hasard, c'est une idée de vengeance, telle que beaucoup d'épileptiques en nourrissent dans leurs intervalles libres, il peut arriver que le crime commis paraisse prémédité, alors cependant qu'il a été également inconscient et instinctif.

R..., un épileptique sur lequel Guislain a publié un rapport médico-légal, en voulait à un de ses voisins qui l'avait fait condamner à quelques mois d'emprisonnement. Le jour même de l'attentat, R..., pendant plusieurs heures et sans discontinuer, repasse un couteau sur la meule, en répétant sans cesse : « Je t'aurai bien. » Il sort en plein jour, le couteau à la main, court chez B... avec qui il avait eu des démêlés, porte un coup de couteau à la sœur de B... qui essaye de défendre son frère, atteint enfin celui-ci, et se rue sur lui comme un tigre. Il lui fait une profonde entaille à la gorge et y enfonce ses ongles pour l'agrandir.... R... avait 30 ans; il était épileptique depuis l'âge de 7 ans, et les accès, devenus successivement plus fréquents, dégénéraient chez lui en véritable rage. R... n'avait gardé aucun souvenir du crime. Aux questions que lui faisait le président des assises, aux détails qu'on lui rappelait, il n'avait qu'une réponse : « Puisque vous me le dites, Monsieur, je dois le croire, mais je l'ignore complètement » (1).

Dans son exaltation furieuse, l'épileptique peut tourner sa rage contre lui-même.

(1) DEJAEGHERE, in *Annales médicales belges,* 1843.

Morel cite une épileptique, remarquable par son irascibilité et sa méchanceté, qui, dans un accès de colère violente, prit un morceau de verre qu'elle tenait caché, et, se l'enfonçant dans le cou, s'ouvrit la veine jugulaire.

Cavalier, dans sa thèse, rapporte longuement l'histoire d'un sergent du génie qui, dans un état de grand mal épileptique, se frappa mortellement au ventre avec un couteau de poche.

Je ne saurais cependant voir dans ces cas de véritables suicides, accomplis de propos délibéré, raisonnés et réfléchis. Le malade s'est frappé, comme il aurait frappé n'importe quel objet à sa portée, parce qu'il y était entraîné irrésistiblement. Peut-être est-ce une idée de suicide qui l'a hanté antérieurement, qui reparaît tout d'un coup au moment de l'accès et qui est instantanément mise à exécution. Le véritable suicide, celui qui est le résultat de convictions délirantes, se présente chez les épileptiques dans d'autres circonstances, comme je le dirai plus loin.

Pour achever ce qui a trait au délire épileptique, je noterai encore que l'agitation inconsciente de l'épileptique ne se traduit pas nécessairement par des actes de violence ; il peut y avoir simplement des chants, des cris, des mouvements désordonnés. Mais on remarquera la répétition incessante du même acte : tel malade poussera pendant des heures entières le même cri, ou répétera le même chant monotone.

En outre, et c'est Haushalter qui a établi cette distinction, la fureur peut être *expansive* ou *concentrée*. Dans ce dernier cas, l'agitation du malade se passe pour ainsi dire en dedans. Le visage est pâle, crispé, par moments convulsivement agité; les lèvres sont tremblantes, les dents serrées. Le corps éprouve des frissons convulsifs, les mouvements sont saccadés. On voit le malade se promener en silence, les poings fermés, le regard fixé à terre. Il est pensif et paraît complètement absorbé en lui-même. Mais il suffit d'un geste, d'un mot, d'un frôlement léger, pour que la fureur ainsi concentrée éclate avec une épouvantable violence : elle existait virtuellement.

Enfin la fureur peut alterner avec l'extase ou avec la stupeur. On peut voir, à la suite d'une agitation furieuse, survenir un état extatique, pendant lequel le malade, paraissant en proie à une vision intérieure, reste immobile, les yeux fixés au ciel, articulant des mots vagues et confus, ou poussant de temps en temps de grands cris : « Dieu est avec moi ! Dieu est tout puissant ! », etc...

Un vieil ecclésiastique, à la suite de ses attaques, avait une courte période de stupeur, à laquelle succédait une violente agitation : le visage animé, il entonnait un cantique religieux, qu'il répétait à tue-tête pendant plusieurs heures. Puis il restait étendu sur son lit, les yeux fixés au ciel, complètement étranger à ce qui l'entourait, et comme absorbé par une vision céleste. Cette crise durait deux à trois jours.

Une particularité qu'il importe de signaler, c'est que le délire épileptique, quelle que soit la forme sous laquelle il se manifeste, se reproduit toujours identiquement de la même façon chez le même malade. Qui a vu un accès, les a tous vus, et peut prédire à coup sûr que l'accès prochain ne différera pas de celui qui l'a précédé. C'est là un point important pour le diagnostic ; comme nous l'avons dit plus haut, c'est d'ailleurs une des caractéristiques de l'épilepsie.

B. — **Délire remplaçant l'épilepsie (épilepsie larvée).**

Le *délire épileptique* a pour principaux caractères d'être soudain, impulsif, d'arriver rapidement à son summum d'intensité, de se répéter toujours le même chez le même malade, enfin d'être absolument *inconscient*. J'ajouterai qu'il ne survient qu'à l'occasion d'une attaque (grande ou petite) de vertige, qu'il la précède immédiatement, ou qu'il en est en quelque sorte la continuation directe. L'intensité du délire n'est nullement en rapport avec l'intensité de l'attaque : à la suite d'une simple absence, on peut observer un accès de fureur aussi violent qu'après une grande attaque. Seulement il faut cet ictus, fort ou faible, pour déterminer l'explosion du délire.

Mais on est allé plus loin. On a prétendu qu'au lieu d'affecter les centres moteurs et de se faire jour par une attaque convulsive, l'épilepsie peut se porter sur les centres psychiques et se traduire directement par une explosion de fureur ou un accès de délire.

Telle est, dans ses termes les plus simples, ce que Morel a appelé l'*épilepsie larvée*.

A priori, cette hypothèse n'a rien qui choque l'esprit, et on la trouve pressentie, bien avant Morel, par Renaudin, qui avait émis

l'idée que le trouble mental pouvait n'être qu'une représentation exceptionnelle de l'ébranlement convulsif (1), et par Billot (2), qui avait reconnu que le délire seul, sans la perte de connaissance et les convulsions, pouvait caractériser la folie épileptique.

Il n'en est pas moins vrai que tout l'honneur de la découverte de l'épidémie larvée appartient à Morel : il a su la créer de toutes pièces et en tirer toutes les conséquences. Et, plus heureux que bien des inventeurs, il n'a trouvé que des disciples convaincus, plus portés à étendre la doctrine du maître qu'à la discuter. Seul, ou à peu près, au Congrès de 1878, j'ai osé critiquer et la théorie elle-même et l'extension exagérée que certains auteurs, et en particulier Legrand du Saulle, lui ont donnée.

Voyons, en effet, ce qu'il en est de cette épilepsie larvée, et si elle est établie sur des bases aussi indiscutables qu'on semble le croire.

L'expression *larvée* n'est pas nouvelle dans la science : Morel l'avait trouvée appliquée déjà à la syphilis et à la fièvre intermittente.

La fièvre intermittente se manifeste habituellement sous la forme d'accès, composés d'un stade de froid, auquel succède un stade de chaleur, puis une sueur profuse; ces accès se reproduisent avec une parfaite régularité, à intervalles fixes, deux jours, trois jours, etc.

Quant à la syphilis, on sait qu'elle débute par un chancre induré, auquel succèdent, au bout d'un certain temps, les accidents secondaires (peau et muqueuses); plus tard apparaissent les lésions tertiaires (viscères et tissu osseux).

Lorsque ces phénomènes se déroulent avec leur régularité habituelle, le diagnostic n'offre aucune difficulté. Mais il peut arriver qu'ils apparaissent sous une forme inusitée, que certains intermédiaires manquent, qu'on ne puisse retrouver leur filiation naturelle. La fièvre intermittente peut affecter d'emblée la forme d'une névralgie, d'une congestion ; la syphilis se manifester par des accidents nerveux variés, etc.

Or, dans ces différents cas de fièvre intermittente larvée, de syphilis larvée, à quoi reconnaît-on la nature du mal? Ce n'est pas

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1847, 2e série, t. I, p. 301.
(2) *Ibid.*, 1850, t. II, p. 611.

à la forme des symptômes, qui, pris en eux-mêmes, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans d'autres affections. La congestion pulmonaire, une des formes fréquentes de la fièvre intermittente larvée, ne diffère pas symptomatiquement de celle qui est liée à toute autre cause. Ce sont des commémoratifs, ce sont des circonstances accessoires, c'est quelque chose d'insolite dans le mode d'apparition des accidents, qui donnent l'éveil, et la pierre de touche du traitement confirme le diagnostic. C'est alors que se vérifie l'adage hippocratique : *Naturam morborum ostendunt curationes*.

A-t-on procédé de même pour l'épilepsie larvée? Tout au contraire; Morel a cherché dans la forme même du délire de quoi la caractériser.

« J'appelle *épilepsie larvée,* dit-il (1), une variété de l'épilepsie qui ne se révèle pas par les accès, par les vertiges et convulsions proprement dites, mais bien, au contraire, par tous les autres symptômes qui accompagnent l'épilepsie ordinaire avec *ictus apoplectique* et *convulsions*, c'est-à-dire alternance périodique d'excitation et de dépression, manifestations, pour ainsi dire subites, de fureur, sans motif déterminant, ou sous l'influence de la cause la plus futile; caractère ordinairement des plus instables; oubli, ainsi que cela a lieu ordinairement dans l'épilepsie, des actes dangereux accomplis pendant les fureurs momentanées ou transitoires; reproduction du même délire, des mêmes actes dangereux ou extravagants à chaque nouvelle crise.

» Ajoutons encore que ces épileptiques, moins l'*ictus* et les *convulsions,* accusent aussi certains phénomènes sensoriaux que l'on observe dans l'épilepsie proprement dite : il leur a semblé être plongés dans une lumière éclatante, ils ont vu des globes étincelants; l'un des malades disait être entouré d'arcs-en-ciel. Il en est même qui ont éprouvé de véritables hallucinations de l'ouïe. »

Voilà donc, pour Morel, un ensemble de symptômes assez significatifs pour déceler par lui-même, en dehors de tout phénomène convulsif, son origine, sa nature épileptique.

Dans les différents travaux qui ont été publiés sur l'épilepsie larvée, dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet à la Société médico-psychologique (1872-1873) la même tendance domine.

(1) *Annales médico-psychologiques,* 1869, t. I, p. 124.

« L'épilepsie larvée, dit Billod (1), est un trouble purement mental, purement intellectuel, caractérisé par des impulsions ou des tendances impulsives subites et irrésistibles, avec perte momentanée de la conscience et de la mémoire, sans convulsions. C'est précisément cette absence de convulsions qui constitue le trait distinctif entre l'épilepsie larvée et l'épilepsie convulsive. »

J. Falret n'est pas moins explicite : « L'épilepsie, dit-il (2), s'accompagne toujours de troubles mentaux plus ou moins prononcés et plus ou moins durables, tels que perte de connaissance, amnésie passagère, excitation maniaque, tendances impulsives, etc. Mais ces troubles intellectuels et moraux, tantôt se montrent seuls, tantôt se manifestent concurremment avec des phénomènes convulsifs bien connus. C'est précisément ce qui établit une différence entre l'épilepsie larvée et l'épilepsie convulsive. »

Il serait aisé de multiplier ces citations : toutes montreraient, en somme, que c'est par les symptômes de l'accès délirant, et uniquement par eux, qu'on a eu la prétention de définir l'épilepsie larvée.

Mais lorsque l'on en arrive à étudier les nombreuses observations d'épilepsie larvée qui ont été publiées, on constate avec étonnement que le terme d'épilepsie larvée a été appliqué aux états morbides les plus disparates, et qu'on ne s'en est pas tenu aux termes de la définition donnée par Morel et universellement acceptée.

Une première catégorie de faits comprend ceux dans lesquels l'aliénation mentale éclate chez des individus qui, antérieurement, à une époque plus ou moins éloignée, ont eu des attaques d'épilepsie, entièrement disparues depuis.

L'observation la plus célèbre sous ce rapport, et qui a été maintes fois reproduite, est celle qu'Esquirol a empruntée à Gall :

Un paysan, né à Krumbach, en Souabe, et de parents qui ne jouissaient pas de la meilleure santé, âgé de 27 ans et célibataire, était sujet, depuis l'âge de 8 ans, à de fréquents accès d'épilepsie. Depuis deux ans sa maladie a changé de caractère, sans qu'on puisse en alléguer de raison : au lieu d'accès d'épilepsie, cet homme se trouve, depuis cette époque, attaqué d'un penchant irrésistible pour le meurtre. Il sent l'approche de son accès plusieurs heures, quelquefois un jour, avant l'invasion. Du moment où il a ce

(1) *Annales médico-psychologiques*, septembre 1873, p. 309.
(2) *Ibid.*

pressentiment, il demande avec instance qu'on le garrotte, qu'on le charge de chaines, pour l'empêcher de commettre un crime. « Lorsque cela me prend, dit-il, il faut que je tue, que j'étrangle, ne fût-ce qu'un enfant. » Sa mère et son père, que du reste il chérit tendrement, seraient, dans ses accès, les premières victimes de son penchant au meurtre. « Ma mère, s'écrie-t-il, d'une voix terrible, sauve-toi, ou il faut que je t'étouffe! » Avant l'accès, il se plaint d'être accablé par le sommeil, sans cependant pouvoir dormir; il se sent très abattu et éprouve de légers mouvements convulsifs dans les membres. *Pendant les accès, il conserve le sentiment de sa propre existence;* il sait parfaitement qu'en commettant un meurtre, il se rend coupable d'un crime, etc. (1).

Falret regarde ce malade comme un épileptique; et cependant son délire manque précisément de ce qui constitue le symptôme pathognomonique de toute manifestation épileptique, *la perte de conscience*. Gall a soin de préciser que pendant les accès le jeune homme conserve le sentiment de sa propre existence. Si c'est cependant une attaque de délire épileptique, il faut admettre de deux choses l'une : ou que la perte de conscience n'est pas un phénomène constant dans l'épilepsie, ce qui est en contradiction avec tout ce que nous observons, ou que le diagnostic est erroné, et c'est mon opinion.

Il existe dans la science un grand nombre d'observations semblables, auxquelles s'appliqueraient les mêmes réflexions.

Dans une seconde série de faits se rangent les observations de délire à explosion soudaine, avec impulsions violentes; on reste dans le doute sur la nature de ces accès, auxquels on reconnaît quelque chose d'insolite, jusqu'à ce qu'un jour on assiste à une attaque convulsive, ou même à une simple absence. Alors tout s'éclaire, c'est de l'épilepsie larvée!

Je le veux bien, mais que serait-il advenu de ce diagnostic, *a posteriori*, si l'accès convulsif, complet ou incomplet, avait continué à rester inaperçu?

Une femme de la campagne, âgée de 53 ans, à l'asile depuis douze ans, avait eu, avant son admission, plusieurs atteintes de dérangement mental. Pendant quatre à cinq jours, elle était d'une loquacité intarissable; puis elle quittait sa demeure, courait dans la campagne, droit devant elle; au bout de quelques heures, elle redevenait calme.

(1) Esquirol. t. II, p. 354.

A l'asile, elle a de fréquents accès d'agitation, toujours les mêmes. Elle marmotte, avec une extrême volubilité, quelques paroles inintelligibles, puis elle court dans le préau, avec une extrême rapidité, en criant : « Je suis méchante! » Elle bat les malades qu'elle rencontre sur son chemin. Au milieu de sa course, on la voit souvent s'arrêter brusquement pendant quelques secondes : la figure est étonnée et grimaçante. Au bout d'un instant, elle se remet à courir.

Au mois de mai 1875, dans un de ces accès, elle fut tout à coup terrassée par une formidable attaque d'épilepsie.

Dès lors, plus de doutes; la malade était une épileptique, mais une épileptique longtemps *méconnue*, et non pas une *larvée*. Car évidemment les anomalies de son délire, les temps d'arrêt, les éclipses passagères n'étaient que des *absences* dont la signification véritable ne nous est apparue qu'après coup.

L'observation suivante n'est pas moins curieuse sous ce rapport:

Une jeune femme de la campagne, âgée de 28 ans, mariée, est amenée à l'asile pour un délire maniaque qui date de quinze jours. Aucun renseignement. Quelques jours après son entrée, la malade, qui paraissait se calmer, se met tout d'un coup toute nue dans sa cellule, grimpe le long de la fenêtre, brise les vitres de l'imposte, et fait passer bras et jambes à travers les carreaux; on eut toutes les peines du monde à la dégager. Un autre jour elle grimpe sur un arbre de la cour. Ces actes paraissent absolument instinctifs, la malade ne peut en donner aucune explication. Quelquefois elle entre en fureur, met tout en pièces autour d'elle, pousse des hurlements, ou répète indéfiniment le même mot.

Cet état durait depuis des mois, le diagnostic restait incertain, quand, un matin, pendant la visite, nous la vîmes tout d'un coup pâlir; les yeux se convulsent, les traits se crispent, la bouche est contractée, la tête tourne de gauche à droite; en quelques secondes tout rentrait dans l'ordre. Nous venions d'assister à un petit accès d'épilepsie, et tout s'expliquait. Nous apprîmes que plusieurs fois déjà des accidents semblables s'étaient produits, auxquels la religieuse de service n'avait attaché aucune importance. Enfin nous apprîmes aussi qu'au début de sa maladie elle avait jeté par la fenêtre son enfant âgé de 4 ans.

Chez cette malade, pas plus que chez la précédente, ce n'était de l'épilepsie *larvée* : c'était de l'épilepsie *méconnue;* il y avait des accès convulsifs, mais nous ne les avions pas constatés; nous n'avions pas su les voir.

Il y a quantité d'observations pareilles, données, bien à tort suivant moi, comme de l'épilepsie larvée : la convulsion existe, mais elle est réduite à si peu, qu'il est malaisé de la découvrir.

Reste une dernière série de faits, ceux dans lesquels l'épilepsie convulsive et la folie alternent chez le même malade. Les attaques convulsives disparaissent et le malade délire, puis le délire cesse et les convulsions reparaissent.

Hoffmann (1) a rapporté un cas de ce genre; Flemming (2) cite un malade chez lequel l'apparition du délire fit disparaître les crises convulsives. Et l'on veut que chez ces malades ce soit toujours l'épilepsie, qui tantôt se manifeste sous forme de convulsions, tantôt sous celle de délire, d'agitation! Je crains que la conclusion ne soit hasardée. Rien ne prouve en effet que, si les grandes attaques ont cessé, il n'y ait plus d'accès incomplets, diurnes ou nocturnes : on sait avec quelle facilité ils peuvent passer inaperçus, même pour le malade et son entourage. Mais même, si la folie et l'épilepsie alternent chez un individu, cela ne permet pas de conclure qu'elles ne font qu'un.

J'ai connu un certain nombre d'épileptiques chez lesquels, à partir d'un certain moment, les attaques ont complètement cessé, et qui sont restés aliénés; j'ajouterai que leur aliénation mentale ne laissait pas que de ressembler au délire épileptique; elle revenait, en effet, par accès périodiques, se traduisait par des actes de violence, n'avait qu'une courte durée. Mais le malade restait conscient; ce qui suffisait pour ôter toute idée de manifestation épileptique. En voici deux exemples :

R..., né en 1834, tailleur de pierres; épileptique depuis la première enfance. Sa mère, étant enceinte de lui, devint épileptique au quatrième mois de la grossesse et succomba dans une attaque, après l'accouchement. Ce malade, sujet à de fréquentes attaques à la suite desquelles il avait des accès de fureur qui le rendaient extrêmement dangereux, fut séquestré en 1867; il avait alors 43 ans (il était marié et père de famille). Jusqu'en 1876 il eut encore des crises nombreuses, mais à partir de cette époque l'épilepsie disparut, et R... resta simplement l'aliéné le plus méchant, le plus difficile, le plus indisciplinable que j'aie connu. Généralement assez tranquille pendant deux à trois semaines, il devenait tout d'un coup, sans cause apparente, réclameur, insolent, faisant des menaces, se querellant avec tout le monde, se plaignant de tout. Au bout de quelques jours tout rentrait dans l'ordre. Je me suis souvent demandé s'il y avait chez ce malade des accès incomplets qui passaient inaperçus. On peut supposer aussi que

(1) *De la folie épileptique*, 1859, p. 145.
(2) *Pathologie et thérapeutique des maladies psychiques* 1859, p. 118.

de son épilepsie il n'avait perdu que les crises convulsives; le caractère épileptique lui était resté, et c'est lui qui donnait son cachet aux manifestations délirantes.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à l'observation suivante :

C... a été, à l'âge de 7 ans, victime d'un grave accident; il a été renversé par une voiture et a eu une fracture d'une vertèbre cervicale. Il a guéri cependant, mais en restant contrefait et en devenant épileptique. A mesure qu'il avançait en âge, il donnait plus de soucis à ses parents. Plusieurs fois il s'échappa du domicile paternel, vagabondant à l'aventure, mendiant son pain et se faisant arrêter par la police, tantôt à Bordeaux, tantôt à Toulouse ou à Nice. On dut l'enfermer à Bicêtre où il resta dans le service des épileptiques pendant plus d'un an. Finalement il fut placé à Charenton. Depuis huit ans que j'ai pu l'observer, il n'a jamais eu d'attaque d'épilepsie; mais il a fréquemment, environ tous les deux ou trois mois, une période d'agitation pendant laquelle il devient querelleur, réclameur, et se livre alors aux actes les plus répréhensibles, volant ses camarades, détruisant leurs effets, leur imputant les actes les plus invraisemblables. Quelquefois, dans ces accès, je l'ai vu pâlir, sa figure se décomposant, et, pendant un instant, il paraissait tout à fait étranger à ce qu'on lui disait. Était-ce une attaque incomplète? Ou n'est-ce encore qu'un épileptique guéri des convulsions, mais non du caractère épileptique?

Ces faits ressemblent à ceux de la première catégorie; ils donnent lieu aux mêmes difficultés d'interprétation.

Au surplus, le problème de l'épilepsie larvée est celui-ci : existe-t-il un délire qui, par lui-même, ait des caractères assez tranchés pour pouvoir être appelé épileptique? Depuis Morel, tous les auteurs ont répondu par l'affirmative : on me trouvera osé de dire que rien n'est moins prouvé.

Je prends l'un des écrivains les plus affirmatifs : Samt (1) déclare que la forme seule du délire décide s'il est de nature épileptique, que l'existence d'accès antérieurs est sans valeur (2).

(1) *Arch. für Psychiatrie*, t. V, 2e Heft, p. 403, t. VI, 1re Heft, p. 197.

(2) C'est avec cette doctrine qu'il a été facile de trouver l'épilepsie larvée dans l'histoire; je n'en rapporterai que deux exemples :

Henri II Plantagenet, l'un des successeurs de Guillaume le Conquérant, avait un caractère qui ne pouvait souffrir la contradiction. Sa colère était la frénésie d'un insensé, la furie d'une bête féroce. Au milieu de ses accès de rage, ses yeux se tachaient de sang, son visage paraissait tout de flammes, sa langue vomissait des torrents d'injures et d'im-

Pour lui, il y a quatre symptômes pathognomoniques : stupeur avec loquacité, actes d'une violence excessive, impulsive, inconsciente; manifestations délirantes de nature triste, angoissante; perte de la mémoire plus ou moins complète.

Ces signes sont à peu près ceux que donne Morel et, après lui, Legrand du Saulle. Mais je crois avoir (1) démontré qu'aucun de ces symptômes, au contraire, n'est pathognomonique, et qu'on les rencontre également chez des malades qui ne sont nullement épileptiques.

Il n'existe, pour établir d'une manière certaine, irréfragable, la nature du délire épileptique, qu'un seul signe certain, à savoir l'existence même d'accidents *épileptiques* concomitants. Et c'est au demeurant à quoi ont abouti les partisans, même les plus convaincus, de l'épilepsie larvée. Quand on étudie à ce point de vue leurs observations, on constate, non sans quelque surprise, que les symptômes qu'ils recherchent avec le plus grand soin, ce sont : les morsures de la langue, l'incontinence nocturne, les *absences*, les moments d'oubli, les congestions passagères, en un mot ce qui caractérise l'attaque convulsive. Et tant que l'on ne trouve rien dans cette direction, on reste dans le doute (2).

précations, ses mains portaient la vengeance sur tout ce qu'il pouvait atteindre. Dans une de ces circonstances, un page lui ayant présenté une lettre, il essaya de lui arracher les yeux et le page ne put s'échapper sans blessures. Dans une certaine occasion, Humet, son ministre favori, se risquait à justifier le roi d'Écosse; Henri s'emporta tout d'un coup; il appella Humet un traître, arracha son bonnet, détacha son épée, déchira ses vêtements, enleva la couverture de soie de son lit, et, ne pouvant faire un plus grand dommage, s'assit par terre, et se mit à ronger les nattes du plancher. (LINGARD, *Histoire d'Angleterre*, t. I, chap. XII.)

Avec un peu d'imagination, c'est bien là de l'épilepsie larvée. Et le fait suivant;

Le cardinal de Richelieu, malgré tout son talent, a eu de grands accès de folie : il se figurait quelquefois qu'il était un cheval; il sautait alors autour d'un billard en hennissant et en faisant beaucoup de bruit pendant une heure, et en lançant des ruades à ses domestiques; ses gens le mettaient ensuite au lit, le couvraient bien pour le faire suer et, quand il s'éveillait, *il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé.* (*Lettre de la princesse Palatine*, 5 juin 1716, éd. Brunet, t. I, p. 240, et *Annales médico-psychologiques*, novembre 1873, p. 472.)

(1) *Congrès international de médecine mentale.* Paris 1880, p. 234 et suiv.

(2) On ne peut nier que beaucoup de folies *transitoires*, *instantanées*, *homicides*, etc., ne soient en réalité des folies *épileptiques*. Mais ce qui permet de rectifier le diagnostic, c'est précisément l'existence de l'un ou l'autre des signes de l'accès convulsif. Comme exemple topique je rappellerai l'histoire de ce conseiller de Cassel, qui, tout à coup, au milieu de la nuit, pris d'une fureur subite, essaya de tuer sa femme et de la précipiter par la fenêtre. Celle-ci avait lutté pendant une demi-heure, et la fureur du mari s'était

Rapportant l'histoire d'un individu qui, un jour, assassina deux hommes, sans motif, sans préméditation, et qui, placé dans un asile d'aliénés, puis remis en liberté, ne présenta plus aucun signe de folie, Legrand du Saulle ajoute : « En présence de cet égoïsme navrant, de cette sécheresse affective et de cette absence absolue de toute marque de sentimentalité compatissante, je me suis dit *in petto* que T... ne pouvait être qu'un épileptique. Mais *j'avoue que je ne me chargerais ni de soutenir, ni de démontrer cette opinion* » (1).

De telle façon qu'après avoir démontré que l'épilepsie larvée existe *per se*, qu'elle a ses symptômes propres, qu'elle n'est en aucune façon l'épilepsie méconnue, on aboutit à cette conclusion qu'il n'y a qu'un signe, un seul, qui permette d'affirmer qu'un malade est épileptique, et ce signe, c'est l'*accès convulsif!* Aussi bien Morel lui-même, quand il veut établir le diagnostic différentiel des folies épileptique, hystérique et hypocondriaque, ne peut s'empêcher de déclarer que *le délire épileptique est toujours précédé ou suivi de crises convulsives !* (2).

C. — **De la folie dans l'épilepsie.**

Suivant beaucoup d'auteurs, on ne saurait admettre, en thèse générale, que l'on peut être à la fois épileptique et complètement sain d'esprit. Tout épileptique, disent-ils, est original, fantasque, difficile à vivre, et peut, à un certain moment et sans qu'on puisse le prévoir, commettre des actes irrésistibles, de cause hallucinatoire et de nature dangereuse (Voisin).

Mais cela ne prouve nullement que tout épileptique soit aliéné. Ceux mêmes qui, lors de leurs crises convulsives, sont sujets à ces accès de délire passager que j'ai décrit dans les chapitres qui

apaisée; il paraissait d'ailleurs épuisé par les efforts qu'il avait faits. Quelques instants avant cet accès de fureur, la respiration du malade était *stertoreuse*. Sa femme, effrayée, avait voulu le secourir, et c'est alors qu'il s'était jeté sur elle. (MARC, *De la folie*. Paris, 1840, t. II, p. 509.) Il est étrange, comme le fait remarquer Baillarger, que, dans ce cas, Marc n'ait pas soupçonné l'épilepsie. Car ici il a y un symptôme caractéristique de l'épilepsie convulsive, la respiration stertoreuse, et le délire a été subit, inconscient, impulsif, très court, comme il arrive chez les épileptiques.

(1) *Annales médico-psychologiques*, mai 1872, p. 411.

(2) *Traité des maladies mentales*, p. 719.

précèdent, peuvent, dans les intervalles libres, jouir de l'intégrité de leur intelligence. Tout au plus, pour employer l'expression de Legrand du Saulle, sont-ils des candidats à la folie.

Mais, chez un certain nombre d'épileptiques, outre le délire fugace lié à l'attaque, il peut survenir une aliénation mentale chronique, qui persiste dans les intervalles et qui n'a que des rapports éloignés avec l'affection convulsive.

Delasiauve avait déjà implicitement reconnu ce fait : « Parfois aussi, dit-il, l'agitation maniaque, loin de s'unir étroitement avec les paroxysmes, s'en tient assez éloignée pour en paraître indépendante. »

Morel également avait écrit : « Je me suis demandé souvent (1) si les dispositions puisées dans le milieu où ces malades ont vécu antérieurement ne sont pas pour beaucoup dans les faits que je cite. Toutefois, je suis resté convaincu que la névrose épileptique influe sur les manifestations intellectuelles dont je parle. »

Mais ce sont surtout les travaux publiés, dans ces dernières années, par Magnan et ses élèves qui, comme je l'ai dit plus haut, ont établi la démarcation entre le délire épileptique proprement dit et la folie qui survient chez l'épileptique et qui peut revêtir les formes les plus variées.

Un exemple fera bien saisir les termes du problème, et je le trouve chez un malade qui a une triste notoriété, chez l'assassin du Dr Geoffroy, d'Avignon :

Cel..., âgé de 30 ans, était devenu épileptique deux ans après son mariage. L'épilepsie dura deux ans sans aucun signe de folie. Tout à coup, après une vingtaine d'attaques, qui s'étaient suivies presque sans interruption, il devint furieux. A partir de cette époque, les mêmes fureurs le reprenaient de temps à autre. Une fois, après avoir eu une attaque, et se trouvant très accablé, il voulut embrasser son père; mais, pris subitement d'un accès de folie, il l'étreignit si fortement qu'il l'aurait étranglé si l'on n'était accouru... Deux mois après, dans un de ses accès, il se précipita par la fenêtre. En d'autres circonstances, il était pris de fureur et voulait tuer quiconque se trouvait à sa portée.

Dans l'intervalle des attaques, il était intelligent, de bonne humeur et docile, quoique un peu vain et se croyant supérieur aux autres malades. Il était très attaché au médecin en chef, qui lui accordait de petites faveurs et pour lequel il travaillait avec plaisir.

(1) *Loc. cit.*, p. 701.

Vers la fin du mois de mars, il eut pendant deux ou trois jours une série d'accès qui furent suivis d'incohérence dans le langage, d'hallucination et d'une grande exaltation.

Au commencement d'avril, nouvel accès, mais isolé.

Le 21 avril, Cel..., rencontrant le médecin en chef, lui tendit la main, en proférant le mot *union*, sans se montrer d'ailleurs autre que de coutume. Le jour suivant, il fut calme, mais sombre.

Le 23, il se tenait dans un corridor au moment où passait le médecin; il prétendit avoir mal à la jambe et, au moment où le médecin se baissait pour l'examiner, il lui enfonça dans le dos une arme qu'il tenait cachée : c'était une forte paire de ciseaux dont il avait placé les deux lames en croix, les fixant dans cette position par son mouchoir de poche, ce qui lui avait permis de se servir d'une des lames comme d'un poignard.

Le médecin expirait une heure et demie après. Quant au meurtrier, la nuit suivante, il eut une attaque.

Interrogé sur ce qu'il avait fait, Cel... répondit que, depuis plusieurs nuits, les membres d'une société secrète, dont il entendait les voix, lui ordonnaient de tuer le médecin, sous peine de demeurer malheureux toute sa vie. Il avait prononcé le mot *union*, pour s'assurer si le médecin faisait partie de cette société.

Après ce fatal événement, les accès épileptiques devinrent de plus en plus fréquents, tandis que les intervalles de lucidité se faisaient plus rares et plus courts; mais, pendant ces intervalles, le meurtrier ne cessait de déplorer ce qu'il avait fait (1).

Si l'on analyse cette observation, on est obligé de reconnaître que, dans le délire qui possédait Cel... au moment du crime, il n'existe aucun des caractères du délire épileptique, ni la soudaineté, ni l'impulsion subite, ni la perte de conscience. Bien au contraire : c'est une hallucination qui tourmente le malade pendant plusieurs jours : « il sera malheureux toute sa vie, s'il ne tue le docteur! » Cel... obéit à un mobile parfaitement réfléchi. « On ne peut nier, dit Laurent, l'intervention de l'intelligence, le secours des opérations intellectuelles et de la volonté. La combinaison d'idées qu'il a faite pour atteindre son but, le plan qu'il a dressé pour réussir sont là des éléments probatoires de toute évidence. On ne peut donc nier la préméditation. » En effet, le crime est savamment combiné; Cel... dérobe une paire de ciseaux dont il lie les branches de manière à en faire une arme plus sûre; il fait un mensonge à sa victime pour l'amener à sa portée. Il n'y a jamais rien de pareil dans le délire épileptique.

(1) LAURENT, *Archives cliniques des maladies mentales*, 1861, t. I. p. 246, *passim*.

J'ajouterai que Cel... se souvient du meurtre qu'il a commis, il le déplore ; jamais l'épileptique n'a le souvenir de ce qu'il a fait pendant son accès de fureur; jamais il ne regrette le mal qu'il a pu faire.

Maudsley, il est vrai, rattache le délire de Cel... à l'épilepsie : c'est pour lui une sorte de petit mal précurseur de l'attaque convulsive, qui éclate la nuit suivante.

Je ne saurais adopter cette conclusion : Cel..., suivant moi, a agi sous l'influence d'un délire systématisé tout à fait indépendant de son épilepsie. Par contre, il faut rattacher à celle-ci les accès de fureur qui survenaient après les attaques, et sous l'influence desquels il avait des tendances homicides.

Il y a donc, en réalité, chez Cel... deux espèces de délires bien distincts ; et il en est ainsi chez la plupart des épileptiques aliénés. Parallèlement au délire épileptique proprement dit, lié à la maladie convulsive, il peut exister, à titre de complication, une aliénation mentale chronique de nature variable.

Pour étudier cette aliénation mentale, il convient avant tout de nous rappeler la distinction fondamentale que j'ai établie en commençant, entre l'épilepsie vulgaire (mal sacré, grande épilepsie), et les affections épileptiformes ou éclampsies. Il ne saurait évidemment être question de celles-ci : dans les éclampsies en effet, le mal convulsif est lié à une lésion organique, dont il suit, si je puis dire, les péripéties, et dont il dépend absolument. Nous n'aurons à envisager que l'épilepsie vulgaire.

Or, l'épilepsie vulgaire est constituée, suivant moi, par deux éléments : la névrose convulsive et un arrêt de développement plus ou moins complet de l'intelligence. Cet arrêt de développement peut aller jusqu'à l'idiotie complète. Il n'est donc pas étonnant de voir que tant d'idiots sont en même temps épileptiques (1). Mais, et j'insiste sur ce point que j'ai déjà touché (2) plus haut, l'idiotie (ou, à un degré moindre, l'imbécillité), n'est pas la conséquence de l'épilepsie : elle en est la compagne, et à eux deux les éléments indiqués constituent le mal sacré.

Nul doute que, dans le langage habituel, on ne confonde très

(1) Un tiers des idiots sont épileptiques; c'est le chiffre donné par Georget et adopté plus tard par Delasiauve. C'est aussi celui trouvé par le regretté Ingels, de Gand. (Congrès d'Anvers, 1885).

(2) P. 46.

souvent le degré extrêmement variable, de faiblesse intellectuelle, avec la *démence*, et on le considère à tort comme un résultat de la maladie convulsive. Généralement, l'état de l'intelligence chez l'épileptique reste absolument stationnaire. S'il faiblit, s'il tourne à la *démence, c'est qu'il est survenu une complication fortuite.*

Ce point établi, nous n'avons plus à considérer que les délires variés qui peuvent survenir chez l'épileptique.

Je signalerai d'abord le *délire alcoolique*. Beaucoup d'épileptiques s'adonnent à la boisson, et ont des attaques de delirium tremens, ou éprouvent les symptômes du délire alcoolique (1).

Legrand du Saulle a consacré quelques pages à cette variété de malades. « Certains convulsifs, dit-il, s'adonnent volontiers à la boisson.... Voici ce qui arrive alors : ou l'épileptique éprouve de la céphalalgie, des troubles plus accentués de l'intelligence et de la mémoire, tombe plus fréquemment, s'inquiète de son état et se prescrit à lui-même une sobriété qu'il sait garder, et alors il reste épileptique, mais n'est plus alcoolique ; ou ses tendances ébrieuses puisent leur origine dans une prédisposition héréditaire, et il boit alors avec passion, d'une manière paroxystique, etc. »

Le même auteur a remarqué que certains convulsifs, quand ils sont plongés dans un inexprimable malaise, quand leur *accès ne sort pas*, absorbent sciemment du vin blanc ou de l'eau-de-vie, ou de l'absinthe, afin de précipiter une crise trop longtemps couvée.

Enfin, il faut noter aussi que certains épileptiques n'ont d'attaque que lorsqu'ils ont bu. J'ai connu un malade qui rentrait dans cette catégorie. A l'asile, où il lui était difficile, sinon impossible, de satisfaire son penchant, il se portait bien, et on avait eu l'idée de le charger du service de la salle d'autopsies, service dont

(1) Un carrier, âgé de 59 ans, grand travailleur et grand buveur, a été grièvement blessé à la tête et à la face dans une explosion de mine, il y a deux ans. Depuis cette époque il buvait moins, et surtout supportait moins la boisson. Un an après l'accident, attaques d'épilepsie qui se répètent environ tous les trois mois. Depuis cette époque il devenait triste, taciturne, croyait qu'on lui en voulait. Deux jours avant d'être amené à l'asile, il avait eu une attaque, mais qui n'avait pas eu de suite. Quelques heures après, il avait déclaré qu'il était ensorcelé, avait nommé ceux qui étaient ses ennemis, et s'était barricadé dans sa chambre. Là il avait tout brisé, et, armé d'un marteau, il avait déclaré qu'il briserait la tête du premier qui entrerait. Tout à coup sa chambre s'était remplie de figures grimaçantes, d'animaux qui allaient s'élancer sur lui. Pour les fuir, il se précipita par la fenêtre, d'une hauteur de 5 mètres. Ici le délire alcoolique est manifeste.

pendant plusieurs mois il s'acquitta très bien. Mais que découvrîmes-nous un jour? Pour satisfaire son penchant, le malheureux avait bu l'alcool dans lequel étaient conservées nos pièces anatomiques, et l'avait remplacé par de l'eau! Nous eûmes alors l'explication des attaques qui avaient reparu.

D'autres intoxications peuvent également être observées chez l'épileptique et se traduire par des symptômes délirants.

Je n'ai encore observé aucun épileptique morphinomane; mais le cas est possible; il a dû même se présenter. De même peut-être la cocaïnomanie. Enfin, pour les épileptiques que l'on traite par l'atropine, n'y a-t-il pas une grande chance d'intoxication?

En un mot, tous les délires toxiques peuvent se produire accidentellement et apporter leur contingent de symptômes propres qui s'ajoutent à ceux existant déjà.

L'observation suivante me paraît offrir un certain intérêt à un double point de vue :

P..., 28 ans, est amené au vingt-septième jour d'une variole confluente, en proie à un délire maniaque intense : criard, incohérent, déchire et brise tout ce qu'il peut atteindre. Pas de fièvre, bon appétit, peu de sommeil. La première nuit, il se lève et brise les carreaux de sa chambre.

D'après les renseignements qui me sont donnés, j'apprends que P... est atteint d'épilepsie depuis l'enfance; il a eu des convulsions au moment de la dentition; à l'âge de 8 ans, première attaque d'épilepsie, à la suite d'une promenade; il n'avait pas gardé son chapeau et l'on attribua le mal à une insolation.

Pas d'hérédité : il a deux frères et deux sœurs bien portants, les frères peu intelligents.

La variole a suivi chez notre malade un cours régulier; depuis qu'elle a débuté, aucune crise épileptique. Il entrait en pleine convalescence, quand il fut atteint d'un accès de manie, qui motiva son placement à l'asile.

Cet accès de manie guérit rapidement; au bout d'un mois, P... put être rendu à sa famille; il n'eut, pendant son séjour, qu'un seul accès incomplet, la veille de sa sortie.

Il est évident que chez ce malade nous avons observé un *délire de convalescence* accidentel, indépendant de l'épilepsie, n'offrant, d'ailleurs, aucun des caractères du délire épileptique.

P... est encore intéressant à un autre titre. Comme on peut le penser, de nombreux traitements avaient été essayés pour le guérir de son épilepsie. Non seulement ces traitements étaient suivis

avec une grande rigueur, mais les parents tenaient note des attaques, afin d'apprécier exactement l'influence du médicament.

Le bromure de potassium a été pris pendant plusieurs années, d'après la méthode du professeur Charcot : 12 grammes la première semaine, 18 la seconde, 24 la troisième. Or, sous l'influence de ce traitement, il y a eu

en 1873, 35 attaques	en 1876, 39 attaques
1874, 45 —	1877, 41 —
1875, 37 —	Moyenne, 39,4 —

Le BrK fut abandonné en 1878 et remplacé par les dragées de Gélineau (six ou sept par jour) ; il y eut alors,

en 1878, 7 attaques	en 1881, 12 attaques
1879, 2 —	1882, 10 —
1880, 8 —	Moyenne, 7,8 —

Est-ce au traitement seul qu'il faut attribuer cette amélioration ?

En dehors des différents délires toxiques que je viens d'énumérer et dont le plus fréquent est incontestablement le délire alcoolique, on peut observer toutes les formes de délire vésanique.

Manie. — L'agitation maniaque du délire épileptique est de courte durée, automatique, inconsciente ; elle diffère entièrement de la manie que l'on peut observer, chez quelques malades, dans l'intervalle des attaques (1).

Un de nos pensionnaires, que j'observe depuis dix ans et qui est enfermé depuis bien plus longtemps, n'a que de rares attaques d'épilepsie, à peine une tous les deux mois. Mais il a environ toutes les six semaines un accès de manie qui dure un mois environ et qui est caractérisé par une agitation incohérente, une loquacité intarissable, des actes extravagants. Cette excitation n'a aucun des caractères du délire épileptique : le malade ne manifeste, d'ailleurs, aucune tendance à la violence ; il est simplement bruyant et tapageur. Sa sœur, également épileptique, a pu se

(1) Voir l'observation précédente.

marier et diriger son ménage, quoiqu'elle ait eu aussi plusieurs accès de délire pour lesquels il a fallu la traiter dans un asile.

Delasiauve a signalé la manie qui éclate entre deux paroxysmes et, dans ce dernier cas, dit-il, souvent précédée d'obtusion, elle semble comme le réveil de l'activité cérébrale, semblable au délire spécial qui dérive de la torpeur dans la convalescence des fièvres typhoïdes. Et, plus loin, il parle d'un de ses malades chez lequel « on inclinerait d'autant plus volontiers à croire que l'agitation maniaque est en dehors de son action, qu'elle naît spontanément, sans être précédée de crises, et souvent même à une époque très distante des derniers accès. »

En opposition à l'agitation maniaque, il faut signaler la *stupeur*, ou, comme l'appelle Delasiauve, la *stupidité*. Là encore, il faut distinguer la stupeur postépileptique, directement liée à l'attaque, et cet état d'engourdissement habituel, permanent, tout à fait indépendant des crises convulsives.

Un jeune homme, âgé actuellement de 28 ans, épileptique depuis son enfance, mais n'ayant eu sa première grande crise qu'à l'âge de 15 ans, a toujours été d'un caractère triste, sombre, irritable, fuyant, au collège, la société de ses camarades et cherchant à s'isoler. Il souffre d'une prédisposition héréditaire; le père, professeur de faculté, est mort fou; la mère est extrêmement nerveuse. A la suite des attaques, accès très courts de fureur et de violence; dans les intervalles, délire triste; a cherché plusieurs fois à s'empoisonner. Depuis cinq ans qu'il est à l'asile, il est plongé dans un état de stupeur habituelle : il se tient immobile dans un coin, la tête penchée sur la poitrine, ne parlant à personne et ne répondant à aucune question. Il n'a eu, dans cette période, aucune grande attaque; à rares intervalles quelques absences.

Les idées délirantes les plus fréquentes chez les épileptiques sont assurément les idées de nature triste, dépressive.

Quelques-uns ont des idées de *suicide;* ils cherchent à mettre volontairement fin à une vie qui leur est devenue insupportable. Les tentatives de suicide qu'ils font dans ces conditions sont bien différentes des impulsions au suicide que j'ai signalées plus haut.

D'autres ont des *idées de persécution* : Cel..., dont j'ai rapporté l'observation, a tué le docteur Geoffroy sous l'influence d'idées de ce genre.

Un épileptique, dont Legrand du Saulle a raconté l'histoire, tira un jour, sans provocation, deux coups de revolver dans la tête de son contre-maître, en lui disant : « Tu m'as assassiné moralement, voilà ta récompense. » L'enquête révéla que, depuis quelque temps, le malade s'apercevait que ses camarades d'atelier le regardaient d'un mauvais œil; on se détournait de lui, on affectait de ne plus lui tendre la main. Il entendit plusieurs fois qu'on disait de lui : « C'est Troppmann, un voleur, un assassin ! » Or, qui pouvait avoir répandu ces bruits sur son compte? Cela ne pouvait être que son contre-maître ; et il l'assassina froidement.

Les idées non moins communes sont les idées *hypocondriaques*, et surtout les idées *religieuses*.

Les préoccupations hypocondriaques ne manquent presque jamais; elles dominent plus ou moins le malade, lui font attacher une extrême importance à la moindre sensation qu'il éprouve, et le mettent sans cesse en quête d'un remède à ses maux.

L'exaltation religieuse n'est pas moins fréquente, à quelque culte qu'appartienne l'épileptique. S'il est protestant, il n'est pas rare de trouver en lui cette excitation sombre et farouche que Walter Scott a si admirablement peinte dans ses « Puritains »; son langage est biblique, fortement imprégné de l'Écriture sainte, et surtout de l'ancien Testament; il prophétise, il lance l'anathème. Dieu s'est révélé à lui, il l'inspire, etc.

Au contraire, le catholique est toujours préoccupé de son salut ; il se couvre de médailles bénites et de scapulaires ; il attache une importance exagérée aux moindres pratiques. J'ai dit plus haut combien il était naturel de constater chez les épileptiques une tendance au mysticisme, à une religiosité exagérée. Où veut-on qu'ils trouvent une consolation à leurs maux? Il n'est donc pas étonnant que le délire aussi conserve le caractère religieux.

L... a près de 50 ans aujourd'hui ; il est épileptique depuis l'enfance. Son père l'était, ainsi qu'une cousine germaine, morte dans un asile d'aliénés. Cependant il s'est marié (n'a pas eu d'enfants) et exploitait un commerce d'épicerie. Mais, à partir de la guerre de 1870, il se dérangea, commença à boire, et présenta des troubles intellectuels qui le forcèrent à renoncer à ses occupations. Du moment où il n'eut plus rien à faire, il se laissa aller à une dévotion exagérée, faisant de longues stations dans les églises, ne lisant que des ouvrages religieux, communiant et se confessant le plus souvent qu'il pouvait. Un dimanche de l'année 1882, une grande cérémonie eut lieu dans l'église qu'il fréquentait; la procession venait de se mettre en marche, quand tout à coup L... se précipita sur les porteurs, renversa la statue de la

Vierge, frappa autour de lui, en criant : « Vous êtes tous des impies! Dieu va vous punir! » On ne put s'emparer de lui qu'après une lutte acharnée; reconnu aliéné, il fut placé dans mon service, où je l'observe depuis plusieurs années. Dans l'espace de six ans, il n'a eu que cent et sept attaques, environ dix-huit par an; mais, à la suite de ces attaques, des accès de manie furieuse avec teinte religieuse très accentuée. Dans les intervalles, il est devenu plus calme, quoique ses idées soient à peu près exclusivement des idées de religion et de mysticisme.

Il me paraît évident que les malades de cette catégorie deviennent beaucoup plus calmes dès qu'ils sont enfermés, parce qu'ils ne peuvent plus alimenter leur délire dans les pratiques sans cesse renouvelées d'une dévotion exagérée. C'est ce que j'ai pu observer chez le malade suivant :

La... est né en 1848. Ses parents vivent et n'ont aucune tare névropathique. Il a deux frères plus âgés, un frère plus jeune, bien portants. Un autre est mort en nourrice, à l'âge de 8 mois. Lui seul a eu des convulsions lors de la dentition. Il a fait de bonnes études, était l'un des premiers dans sa classe; mais, à partir de l'âge de 12 ans, il eut des vertiges et, à 16 ans, sa première attaque. Il continua cependant ses classes et manifesta toujours une grande aptitude pour les mathématiques. Des années se passèrent sans apporter aucun changement notable dans la situation; La... vivait dans sa famille, qui cherchait à lui rendre l'existence aussi douce que possible. Peu à peu, cependant, et insensiblement, il se plongea dans la dévotion, faisant de longues stations dans les églises, multipliant les exercices religieux; en même temps il devenait plus difficile pour son entourage; il reprochait leur tiédeur à ses parents et à ses frères. Finalement, il passait à l'église la plus grande partie de la journée; il poursuivait le curé et les vicaires, leur demandait des entretiens, leur exposait ses cas de conscience. Se confessant le plus souvent qu'il pouvait, il avait cependant l'esprit constamment timoré, se croyait en état de péché mortel, et, à peine avait-il reçu l'absolution, il voulait faire une nouvelle confession. C'est un des prêtres de sa paroisse qui m'a donné ces détails : La... était devenu pour le clergé une véritable obsession, car, si on voulait l'éconduire, il se mettait en colère, traitait son confesseur de « mauvais prêtre »; de crainte de scandale, on patientait. Il fallut cependant en venir à une séquestration, et peu à peu le malade est devenu plus calme : il est même assez singulier de remarquer en lui une certaine indifférence pour les exercices religieux. Depuis près de trois ans qu'il est à l'asile, les attaques ont considérablement diminué : cent vingt-deux en 1886, soixante dix-neuf en 1887, et seulement une dizaine dans les dix premiers mois de 1888. Mais l'intelligence est très obtuse.

Les idées *ambitieuses* sont fort rares. Cependant Delasiauve a cité une malade qui prétendait qu'on lui devait quelques millions.

Un de mes épileptiques avait pris son père en haine, parce qu'il l'accusait de lui devoir 100,000 francs.

La *paralysie générale* peut-elle compliquer l'épilepsie? *A priori* la chose semble d'autant plus probable que, comme nous l'avons vu, il n'est pas de paralytique général, ou du moins il n'en est guère qui n'aient des attaques épileptiformes dans le cours de leur maladie : entre les deux affections, on peut donc supposer d'étroites relations. Cependant l'apparition de la paralysie générale chez un épileptique (j'entends l'épileptique vrai, vulgaire), paraît être fort rare. Je (1) n'en connais que deux exemples : l'un se rapporte à un employé de commerce, fils d'un père épileptique, et épileptique lui-même depuis l'enfance, qui devint paralytique général à l'âge de 33 ans, de chagrin d'avoir perdu sa femme; l'autre a trait à un homme de 42 ans, qui, depuis son enfance, avait eu des *syncopes*, suivies de forts maux de tête et accompagnées de perte de connaissance. Il présenta les premiers signes de paralysie générale vers l'âge de 41 ans. Sa mère et deux de ses enfants ont des *syncopes* exactement semblables aux siennes (2).

Je pense qu'un grand nombre de paralytiques généraux ont eu des convulsions dans l'enfance, à la dentition, par exemple; il y aura un grand intérêt à rechercher ces faits, qui rentrent dans notre sujet.

L'observation suivante me paraît mériter d'être rapportée ici :

A..., tailleur, né en 1829, est arrivé, par son travail, à acquérir une belle aisance, et, vers l'âge de 45 ans, il a pu se retirer des affaires et aller habiter la campagne.

A l'âge de 20 ans, A... avait eu des attaques d'épilepsie; elles l'ont tourmenté pendant près de dix ans, jusqu'à ce qu'un médecin, soupçonnant la cause réelle du mal, instituât un traitement énergique au mercure et à l'iodure de potassium. A... fut radicalement guéri et sa santé est restée parfaite jusque vers l'âge de 45 ans. Il est à noter cependant que, marié avec une femme bien portante, A... a eu huit enfants, tous morts en bas âge.

C'est au moment où il comptait se reposer, qu'il présenta les premiers

(1) *Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme.* (*Archives de neurologie*, n° 41, 1887.)

(2) On trouve des faits semblables dans Parchappe (observ. 270 et 274), dans Calmeil, Burlureaux (*De la folie paralytique*, Thèse de Paris, 1874), etc., mais ils restent en petit nombre.

symptômes de la paralysie générale à laquelle il succomba au bout de deux ans environ.

Et ce qui est curieux, c'est que pendant la durée de cette paralysie générale il n'y eut à aucun moment d'attaques épileptiformes.

Assurément on peut se demander s'il a existé un rapport entre la paralysie générale et l'épilepsie (syphilitique) qui avait disparu quinze ans auparavant. On peut se dire que l'épilepsie, tout en guérissant, avait laissé des résidus pathologiques, des cicatrices (?) dans le cerveau et que celui-ci, resté l'organe *minoris resistentiæ*, avait fini par être atteint plus profondément. Cette explication me paraît plausible : mais alors il n'y aurait entre l'épilepsie et la paralysie générale qu'un lien indirect, l'altération du cerveau, reliquat de la syphilis.

La conclusion générale à laquelle il faut arriver est que toutes les formes de folie (vésanies ou folies organiques) sont susceptibles de se montrer chez les épileptiques. Mais alors se pose immédiatement une autre question : quels sont les épileptiques plus spécialement prédisposés à la folie?

On a cherché à se rendre compte des circonstances capables d'expliquer l'apparition de la folie chez certains épileptiques, plutôt que chez d'autres; et l'on s'est demandé tout d'abord si la *forme* des accès exerce une influence.

Esquirol a dit, et l'on a répété après lui, que le vertige altère l'intelligence plus rapidement que la grande attaque. Mais cette assertion est loin d'être démontrée. Et il est d'autant plus difficile de savoir quelque chose de précis sur cette question, que d'ordinaire, chez le même malade, se montrent indistinctement, tantôt des vertiges et tantôt de grandes attaques.

La *fréquence* des attaques a-t-elle une action plus évidente? Les différents auteurs qui ont étudié cette question ont eu principalement en vue le délire épileptique proprement dit : on ne peut rien en préjuger sur la folie chronique, accidentelle. J'ai essayé d'aborder le problème d'une façon indirecte.

Sur quarante-huit hommes épileptiques réunis à un moment donné dans la même section, j'en avais trouvé treize dont les facultés intellectuelles étaient assez bien conservées pour qu'ils pussent se livrer à quelque occupation suivie. L'un était employé aux écritures; trois étaient tailleurs, un cordonnier; les huit autres étaient

occupés au service intérieur de leur quartier. Chez ces treize épileptiques, l'affaiblissement intellectuel est sans doute inégal; mais il est loin d'être aussi prononcé que chez les trente-cinq autres, qui sont incapables de tout travail, si minime qu'il soit.

Or, en faisant le relevé des crises chez ces différents malades, pendant une période déterminée, la même pour tous, je suis arrivé aux résultats suivants :

Les 13 premiers malades ont eu, pendant une période de près de 4 ans (en tout 548 mois), 878 vertiges, 1,932 attaques (grandes), ce qui fait une moyenne mensuelle de 1,6 vertiges, 3,5 attaques; maximum : 7,1 vertiges, 9,6 attaques.

Les 34 (1) autres malades, dans le même laps de temps, pour un total de 818 mois, ont eu 2,245 vertiges, 4,469 attaques; moyenne mensuelle : 2,7 vertiges, 5,4 attaques; maximum : 24,3 vertiges, 13,3 attaques.

A ne considérer que ces chiffres, il en ressortirait la preuve que la fréquence des accès a une influence considérable sur l'état de l'intelligence dans l'intervalle des paroxysmes; les déments de la seconde catégorie présentent des moyennes bien plus élevées que les malades de la première. Il y a encore ce fait remarquable que, chez les premiers, la proportion des vertiges (ou petites attaques, car les deux ont été réunis sous la même rubrique) dans le nombre total des accès n'est que de 31,24 °/₀, tandis que chez les seconds, elle s'élève à 50,2 °/₀. Ce qui semblerait corroborer l'opinion d'Esquirol sur l'influence plus particulièrement néfaste des vertiges.

Je ne voudrais pas attacher aux chiffres précédents une importance exagérée; ils m'ont paru cependant présenter un certain intérêt; ils renseignent plutôt sur l'état de démence que sur celui de folie chronique.

Enfin, on a soutenu que les attaques nocturnes atteignent moins l'intelligence que les diurnes, ce que l'on a expliqué par le sommeil réparateur qui suit les accès survenus dans la nuit. Mais si l'on songe que les attaques nocturnes doivent être fréquentes dans ce que l'on appelle l'épilepsie larvée, on conviendra que cette bénignité relative n'est pas absolument démontrée.

Je crois que, pour expliquer l'apparition de la folie dans l'épi-

(1) J'ai négligé à dessein de comprendre dans ce nombre un malade qui mourut en *état de mal*, après avoir eu en un mois 618 attaques et 764 vertiges.

lepsie, il faut remonter plus haut, rechercher par exemple l'hérédité vésanique ou l'hérédité nerveuse, en un mot chercher dans les prédispositions congénitales ou acquises, bien plus que dans les modalités variables du mal épileptique lui-même, les conditions qui favorisent l'explosion d'un délire chronique.

Pour terminer ce qui a trait aux rapports entre l'épilepsie et la folie, il me reste à parler des cas dans lesquels l'épilepsie survient comme complication dans le cours d'une vésanie, abstraction faite, cela va sans dire, de celle qui accompagne la paralysie générale.

Delasiauve pense que l'épilepsie peut être quelquefois considérée comme une des conséquences du désordre mental, mais il croit que cela n'arrive que très rarement : « Une simple déviation fonctionnelle, dit-il, comme celle dont dépend la folie, semble peu capable d'un tel résultat. »

Je suis persuadé, pour ma part, que lorsque l'épilepsie survient chez un aliéné, c'est toujours à titre de complication accidentelle, et parce qu'il s'est développé une lésion organique dans l'encéphale : nous retombons alors dans les épilepsies symptomatiques. Un malade, atteint depuis de longues années d'un délire de persécution parfaitement caractérisé, et que j'avais depuis longtemps dans mon service, fut pris tout à coup, à l'âge de 60 ans, d'une attaque d'épilepsie : c'était la première ; elle n'eut aucune suite fâcheuse immédiate, mais à partir de ce moment l'intelligence faiblit considérablement et la marche devint difficile. Six mois après, nouvelle attaque, à laquelle il succomba. L'autopsie me fit constater une lésion que je n'avais jamais rencontrée jusque-là : la substance grise des hémisphères cérébraux était littéralement criblée dans toute son étendue de foyers apoplectiques (en nombre considérable), d'âges différents, allant du volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle. Il n'est pas besoin d'ajouter que ce persécuté n'est devenu épileptique qu'à cause de la lésion corticale accidentellement survenue. Et il en est toujours ainsi. Dagonet signale un maniaque chronique qui fut atteint, longtemps après l'invasion de la folie, d'attaques d'épilepsie, qui, rares au début, et n'apparaissant que tous les deux ou trois ans, se montrèrent plus fréquentes vers la fin de la vie. A l'autopsie on trouva une tumeur fibreuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon, adhérente à la face interne de la dure-mère (1).

(1) *Loc. cit.*, p. 237.

Je citerai, pour terminer, un de mes malades persécuté par des hallucinations auditives continuelles, et sujet, sous l'influence de ses hallucinations, à de violents accès d'agitation. Après plus de trente ans de cette maladie, il fut pris, vers 1885, d'une première attaque d'épilepsie nocturne, avec morsure de la langue. Depuis, il en a eu trois autres ; j'ignore à quelle cause on peut les rattacher, mais l'intelligence a faibli : je soupçonne une altération du cerveau.

Traitement.

On ferait un volume si l'on voulait seulement énumérer tous les remèdes qui ont été proposés contre l'épilepsie : le règne végétal, le règne minéral, aussi bien que le règne animal, ont été largement mis à contribution, et il ne serait pas facile de trouver dans la matière médicale une substance quelconque qui n'ait été employée. A côté des médications inspirées par les idées théoriques qui ont successivement régné sur la nature du mal sacré (1), il faut reconnaître que l'empirisme le plus grossier s'est donné libre carrière. Sans doute, comme le fait remarquer Franck (2), « lorsqu'on a épuisé les indications rationnelles ou qu'on n'en a pas rencontré, il est permis de recourir aux médicaments empiriques appelés spécifiques anti-épileptiques. » Mais encore y a-t-il une juste limite. Et si, après tout, le malade est excusable de ne reculer devant rien pour obtenir une guérison ou un soulagement, il est plus difficile de comprendre que des médecins, et non des moindres, aient vanté et prescrit des remèdes comme ceux-ci : boire le sang chaud d'un gladiateur qui vient d'être égorgé (Celse (3)) ou d'un homme récemment tué, avaler des excréments humains ou ceux des espèces bovines, des fragments de crâne humain, etc. On trouvera cette longue énumération dans Franck, et je ne connais pas de lecture plus attristante pour la dignité humaine, parce que ce sont des médecins, c'est-à-dire des hommes

(1) L'épilepsie étant supposée d'origine *divine*, on la combattait par les prières, les exorcismes : *A Deo immissus morbus,... potest curari... expiato Deo oblatis sacrificiis, incantando carminibus*, dit Boerhaave (p. 635), rappelant les idées des anciens.

(2) *Loc. cit.*, p. 364.

(3) *Quidam, jugulati gladiatoris calido sanguine poto, tali morbo se liberaverunt.* (*De re medica*, t. III, § XXIII.)

de science, qui se sont faits les complices de toutes ces médications aussi monstrueuses qu'absurdes.

Pour établir le traitement de l'épilepsie sur des bases rationnelles, il faut avant tout déterminer à quelle espèce d'épilepsie on est appelé à remédier. S'agit-il de la grande épilepsie ou, au contraire, de l'une des nombreuses variétés que j'ai rangées dans les affections épileptiformes, les indications seront toutes différentes.

Dans les *épilepsies symptomatiques*, nous connaissons la cause, nous pouvons la combattre directement, et, quand elle est curable, nous pouvons espérer guérir l'épilepsie elle-même. Ainsi, dans les épilepsies syphilitique, alcoolique, saturnine, le traitement curatif de la syphilis, de l'alcoolisme, du saturnisme sera en même temps celui de l'épilepsie.

Malheureusement un grand nombre de cas restent au-dessus des ressources de l'art : l'épilepsie due à la paralysie générale ou à une hémorragie cérébrale ou à un foyer de ramollissement, ne pourrait guérir que si ces affections elles-mêmes étaient susceptibles de guérison.

Il est une des formes de l'épilepsie symptomatique dans laquelle une intervention active peut donner les plus beaux résultats, c'est l'épilepsie *traumatique* : chaque fois que l'on se trouve en présence de cette variété, l'indication du trépan se pose nettement. Sans remonter aux temps préhistoriques où, suivant Broca, la trépanation était d'un emploi fréquent, nous savons cependant qu'elle était pratiquée par les anciens, et au moyen âge surtout par les Arabes. Elle n'a jamais été entièrement abandonnée, et nous pouvons même nous étonner de la hardiesse des chirurgiens qui, à une époque où l'on ne possédait ni l'anesthésie, ni l'asepsie, ne craignaient pas de poser dix, quinze, vingt couronnes de trépan sur le crâne de leurs opérés (1). Il n'en est pas moins vrai que, pour des causes qu'il n'y a pas lieu d'examiner ici, le trépan était tombé en désuétude ; on ne l'appliquait plus guère, et ce n'est

(1) Qui ne connaît, dit Portal, la belle observation de Saviart, d'une femme à laquelle on avait emporté par l'opération du trépan, réitérée une vingtaine de fois, une grande partie du crâne ? Cette femme demandait l'aumône dans les rues de Paris ; il lui arriva plusieurs fois, que, les membranes du cerveau ayant été légèrement comprimées, elle s'était laissé tomber, et avait perdu quelque temps sa connaissance. (*Loc. cit*, p. 149.)

Stalpart van der Wiel raconte l'histoire d'un comte de Nassau, qui fut trépané vingt-sept fois, après une chute de cheval. (FRANCK, t. III, p. 359, note 78.)

que dans ces dernières années que les chirurgiens sont revenus à une pratique qui, je le crois, sera féconde en résultats heureux.

Pour Gowers, le trépan n'est acceptable que dans les cas où la maladie est la conséquence d'un traumatisme à la tête, où il y a des os enfoncés, où le début localisé des accès suggère que leur centre fonctionnel est à la surface du cerveau. Mais cependant on a relaté des cas où l'opération a été utile malgré l'absence de symptômes localisés.

L'ancienneté de la maladie est une condition défavorable; pourtant on a cité des cas de guérison après trente-trois ans (1), après dix ans (2). Écheverria, qui a publié un travail important sur ce sujet dans les *Archives de médecine* (3), donne une statistique de 145 cas d'épilepsie traumatique qui, traités par la trépanation, ont donné 93 guérisons, ce qui fait 64,1 %; 18 améliorations, 5 pas de changement, 1 aggravation; 28 morts, soit 19 %.

Je ne possède qu'un seul fait de trépanation, qui a été pratiqué dans mon service dans le courant de cette année, et qui n'a pas encore été publié. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, épileptique depuis l'âge de 11 ans; un an auparavant, il était tombé d'une hauteur de plusieurs mètres et s'était grièvement blessé au crâne : il y avait une cicatrice froncée dans la région fronto-pariétale droite. Le cas n'était pas très favorable, puisque le mal datait d'une quinzaine d'années; cependant je me crus autorisé à proposer l'opération, d'autant plus que les attaques commençaient par une douleur au niveau de la cicatrice. Au point de vue des convulsions, mon malade ne paraît pas, jusqu'à présent, avoir retiré un grand profit de la trépanation; mais, chose singulière, l'état mental a paru s'améliorer très notablement. Le malade, qui était sombre, irritable, est devenu beaucoup plus gai, plus sociable; et, sous ce rapport, je m'applaudis de l'avoir opéré. Quant à l'opération elle-même, elle a été tellement bénigne (il n'y a pas eu un instant de fièvre, et la réunion a eu lieu par première intention), que je n'hésiterai nullement à recourir à ce moyen, absolument inoffensif aujourd'hui, chaque fois qu'il y aura indication de le faire. On sait d'ailleurs que dans ces derniers temps des chirurgiens ont trépané des épileptiques chez lesquels

(1) Larrey, 1836.
(2) Clark, *Lancet*, février 1886.
(3) 1878, t. II, pp. 529 et 652.

il n'existait aucune lésion extérieure du crâne, et ils affirment avoir eu des succès.

Dans les épilepsies *sympathiques* ou *réflexes*, lorsque l'on a quelque raison de supposer que l'épilepsie est liée à l'existence d'une lésion ou d'une altération située dans un organe éloigné, la première indication consiste à combattre cette lésion, à remettre l'organe atteint dans son état normal.

Si, par exemple, on suppose que le malade est épileptique parce qu'il a un ténia ou des lombrics dans l'intestin, il faut commencer par expulser ces parasites. Si l'on croit que la cause du mal est dans la suppression d'un flux naturel, menstrues chez la femme, hémorrhoïdes, etc., il faut essayer de rappeler cet écoulement. Les indications se posent d'elles-mêmes dans tous ces cas. Mais on devra s'attendre à de fréquents mécomptes : trop souvent on considère comme cause ce qui n'est qu'une simple coïncidence.

Le traitement chirurgical peut faire merveille quand l'épilepsie est due à l'irritation d'un nerf périphérique. Il y en a dans la science des exemples fameux : on sait que Schroeder van der Kolck guérit une jeune fille, devenue épileptique à la suite de l'introduction d'un morceau de verre dans la paume de la main, par la simple extraction du corps étranger au bout de quelques années.

Franck guérit, par la castration, un jeune homme devenu épileptique à la suite d'un coup qu'il avait reçu sur les testicules (1).

Aussi a-t-on souvent proposé, et un grand nombre de chirurgiens ont eu la hardiesse de pratiquer, l'ablation des testicules pour guérir l'épilepsie. On oublie que déjà Cœlius Aurelianus avait dit : *Eunuchismus vires amputat, non epilepsiam solvit* (2) (certains opérateurs n'ont pas craint non plus d'enlever les ovaires). Il y a assurément moins d'inconvénients à extirper les ovaires qu'à pratiquer la castration chez l'homme : on sait avec quelle facilité cette dernière opération engendre la mélancolie et pousse au suicide. De toutes façons, ce sont des remèdes dangereux, peu recommandables. L'heureuse réussite de Franck, quelques autres cas favorables publiés par les auteurs, ne me paraissent pas suffi-

(1) Tome III, p. 366, note 89.
(2) *Loc. cit.*, p. 66.

sants pour justifier une pratique aussi aléatoire. Pour moi, je m'y refuserais absolument, même si le malade me le demandait.

Par contre, je comprends fort bien que Tissot ait dit qu'il n'hésiterait pas à amputer le nerf qui anime l'endroit d'où part le mal : je comprends qu'on enlève un orteil, qu'on excise une cicatrice douloureuse, qu'on extirpe un polype, qu'on pratique même l'élongation des nerfs : tous ces moyens ont donné d'heureux résultats dans des cas déterminés, et le risque que court le malade est minime en comparaison du but qu'il s'agit d'atteindre.

On le voit, dans les affections épileptiformes, quelles qu'elles soient, le traitement peut et doit s'adresser à la cause. Or cette cause est extrêmement variable ; le traitement lui-même varie suivant les cas.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de l'*épilepsie vulgaire*, la cause nous échappe absolument; nous ne pouvons nous attaquer qu'à un seul élément, l'accès convulsif. Mais comme la convulsion épileptique trahit toujours, tout nous porte à le croire, une seule et même modalité nerveuse, il n'est pas déraisonnable d'espérer que l'on trouvera un remède, un modificateur du système nerveux, tel, qu'il empêche cette modalité de se produire. Ce sera le spécifique de l'épilepsie, comme l'opium est le spécifique de la douleur : car l'opium calme la douleur, quels qu'en soient le siège et la nature.

Malheureusement nous sommes encore loin de posséder ce remède souverain; et quand nous récapitulons l'innombrable quantité de médicaments qui ont été successivement mis en œuvre, et qui ont eu, presque tous, leur période de vogue et d'engouement, nous sommes obligés de reconnaître que l'abondance des moyens trahit une indigence réelle, et notre seule consolation est de penser que l'épilepsie guérit toute seule, plus souvent qu'on ne le croit.

Burlureaux divise les médicaments anti-épileptiques en dangereux, insignifiants et utiles.

Parmi les moyens dangereux, il signale avec raison tous ceux de la méthode débilitante : émissions sanguines répétées, purgatifs et vomitifs à outrance. Mais il y joint ceux de la médication révulsive : exutoires, cautères, sétons, moxas, vésicatoires, frictions stibiées, etc. Je ne crois pas que ces moyens doivent être entièrement rejetés du traitement de l'épilepsie. Sans nul doute,

ils ne doivent être employés qu'avec prudence ; mais bien loin de les proscrire, je suis tenté de croire que l'on n'y recourt plus assez souvent. Le vieil A. Paré nous raconte l'histoire « d'un jeune homme âgé de 20 ans ou environ, lequel tombait souvent d'épilepsie : mais incontinent que son ulcère (séton) commença à ietter sanie, n'est tombé audit accident (1). » Il n'y a d'ailleurs aucun danger à appliquer un séton ou un cautère; il fut un temps, rapproché de nous, où ces pratiques étaient d'un usage absolument banal et populaire (2).

Bien autrement dangereux sont ces remèdes violents, véritables poisons, qui, non seulement n'apportent pas la guérison, mais ajoutent une intoxication grave à la maladie. Nous nous rappelons tous l'un ou l'autre de ces malheureux errant pendant des années de clinique en clinique, et auxquels l'usage prolongé du nitrate d'argent avait donné comme seul profit une coloration presque noirâtre de la peau. Que dire de l'aconit, de la digitale, de la noix vomique, de la cantharide et de tant d'autres substances, qui non seulement ne guérissent pas, mais qui n'ont même pas l'excuse d'être inoffensives !

La liste des moyens que l'on peut appeler inutiles serait interminable : c'est surtout dans le monde végétal qu'on les a cherchés, et beaucoup d'entre eux ont joui et jouissent même encore d'une vogue populaire qu'il est plus facile de constater que d'expliquer. Je citerai, par curiosité, le narcisse des prés, l'oignon blanc, le selinum palustre, la pivoine, le gui de chêne, le sureau, le gayac, les bourgeons de vigne, les fleurs de buglosse, le pollen de noisetier, les fleurs de muguet, le dictame blanc, etc. Notons qu'il s'est trouvé des médecins, et des plus réputés, qui à tous ces moyens ont attribué des guérisons certaines !

Il est cependant un certain nombre de substances qui ont été expérimentées par des observateurs sérieux, et qui paraissent avoir donné des résultats favorables dans un grand nombre de cas.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 80.

(2) Le trépan lui-même ne devrait pas être banni du traitement du grand mal. Quand on peut supposer que les os du crâne, prématurément soudés, hypertrophiés, compriment le cerveau et empêchent son développement, la trépanation semble indiquée. C'était l'avis de Lamotte, qui croyait précisément que l'épilepsie pouvait provenir du défaut d'ampliation du crâne, et qui, dans un cas de ce genre, crut devoir proposer le trépan (PORTAL, p. 289.)

Généralement on ne les a employées qu'après les avoir expérimentées sur les animaux et avoir constaté leur action sur le système nerveux.

La *picrotoxine*, principe actif de la coque du Levant, *coculus indicus*, agit sur la moelle, le bulbe et le cervelet, et possède, au dire de Planat (1), des propriétés anti-convulsivantes. Essayée contre l'épilepsie, elle lui aurait donné de bons résultats, confirmés plus tard par les expériences de Dujardin-Beaumetz et Couyba. Ce dernier a cité un cas très favorable chez un enfant de 5 ans (2). La dose journalière est de 20, 30 et 60 gouttes d'une teinture obtenue en faisant macérer 200 grammes de coque du Levant dans 1000 grammes d'alcool rectifié. Le Dr Hambursin (de Namur) (3) est partisan de doses plus fortes : commençant par 10 gouttes de teinture matin et soir, il augmente chaque jour de 2 gouttes jusqu'à 60. Puis chaque mois on élève la dose de 10 gouttes jusqu'à 100. Si les accès ne disparaissent pas alors, on peut aller jusqu'à 150.

Gowers dit qu'il a eu une apparence de succès dans un seul cas; il rapporte les expériences de Ramskill, d'après lesquelles la picrotoxine, à la dose de 15 à 18 milligrammes, produit invariablement un accès en vingt ou trente minutes. Le fait rapporté par Gowers ne peut d'ailleurs pas être considéré comme un succès complet, puisque, après une interruption de quelques mois, il y eut une nouvelle attaque.

Le *curare*, qui paralyse les nerfs moteurs, qui rend les muscles insensibles aux incitations qui leur sont envoyées par la moelle, et qui diminue la tension artérielle, paraissait indiqué; on n'a pas manqué de l'expérimenter, avec peu de succès sans doute, puisqu'on n'en parle plus guère. Cependant, en 1879, Kunze avait obtenu six guérisons sur vingt malades traités par des injections hypodermiques de 1 centigramme. En 1881, Edlessen annonçait trois guérisons et trois améliorations sur treize malades. Plus tard, Bourneville et Bricon (4) sont arrivés à des résultats beaucoup moins satisfaisants.

(1) *Journal de thérapeutique*, 1875 pp. 377, 421, 463. (*Nice médical*, 1880-81.)

(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880, p. 214.

(3) *Société de médecine de Gand*, 1880, et *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1880, p. 94.

(4) *Archives de Neurologie*, 1885.

Un remède qui a eu beaucoup de vogue, très anciennement employé, mais recommandé dans ces derniers temps par des médecins tels que Bretonneau et Trousseau, la *belladone*, paraît avoir donné des succès. Trousseau avait une grande confiance dans ce médicament; il arrivait à en donner jusqu'à 20 centigrammes d'extrait par jour, et il continuait cette dose pendant des mois et des années; la longue durée du traitement lui paraissait être une condition de succès. Gowers associe volontiers la belladone à un remède dont je vais parler plus loin, au bromure de potassium, et il se loue beaucoup de cette association; il croit même que, donnée seule, la belladone est rarement utile

Au lieu de la belladone on a employé l'*atropine*, mais c'est un médicament dangereux à manier.

Les *sels de zinc* (oxyde, lactate, valérianate) ont eu leur moment de vogue. Herpin (de Genève) prétend avoir guéri avec ce remède vingt-huit épileptiques sur quarante-deux (1). Mais Bourneville, qui a repris cette médication, n'en a pas obtenu de résultats bien probants (2). Herpin donnait l'oxyde de zinc à la dose de 10 à 80 centigrammes chez l'enfant, et il allait jusqu'à 6 grammes chez l'adulte.

On a recommandé encore les sels de *cuivre* et surtout le *sulfate de cuivre ammoniacal*, 0gr,02 à 0gr,05; la *jusquiame* et l'*hyoscyamine;* le *cannabis indica* et une foule d'autres remèdes; mais j'ai hâte d'arriver à ce qui constitue aujourd'hui le traitement classique de l'épilepsie, je veux parler de l'emploi des *bromures* et en particulier du *bromure de potassium*.

C'est Laycock qui, le premier, en 1853, préconisa ce sel contre le mal comitial, et depuis cette époque son emploi s'est tellement répandu qu'aujourd'hui épilepsie et bromure sont deux termes qui s'impliquent l'un l'autre. Certains auteurs lui ont consacré un véritable dithyrambe, comme par exemple Legrand du Saulle, d'après lequel, grâce au bromure, on pourrait à coup sûr supprimer toutes les manifestations graves et inquiétantes de l'épilepsie.

Toujours est-il que le bromure de potassium, expérimenté depuis une trentaine d'années sur une vaste échelle, est, de tous

(1) *Union médicale*, 1853; *Bulletin de thérapeutique*, 1855; *Gazette des hôpitaux*, 1856.

(2) *Recherches sur l'hystérie et l'épilepsie*, 1876, p. 62.

les remèdes opposés à l'épilepsie, celui qui paraît avoir donné les résultats les plus satisfaisants.

La première condition pour obtenir de bons effets, c'est de n'employer qu'un bromure chimiquement pur, exempt d'iodure et de chlorure de potassium, ou d'autres sels de potasse, tels que le carbonate et le sulfate. Il doit être administré au commencement des repas, ou une demi-heure après le repas, et en plusieurs fois dans la journée. La dose de début doit être faible, au plus 2 à 3 grammes; on augmente de 0,50 à 1 gramme tous les dix jours, jusqu'à ce que l'on soit arrivé progressivement à 6 ou 8 grammes, quantité qu'il ne faut pas dépasser. Quelques auteurs cependant sont allés jusqu'à 15 grammes (1). Il y a un criterium d'action thérapeutique qui indique le moment où il faut cesser d'augmenter la dose, c'est la suppression de la nausée réflexe qui, à l'état normal, est produite par l'introduction d'une cuiller à la base de la langue. Ce signe, découvert par A. Voisin, a été confirmé par tous les observateurs. Pour que le traitement soit efficace, il faut qu'il soit continué longtemps, des années entières. Comme le disait Trousseau, « l'économie doit sans cesse être sous l'empire du médicament, si vous ne voulez pas qu'elle retombe sous le joug de la maladie. » Quand un épileptique a été un an sans crise, Legrand du Saulle veut qu'on continue le médicament de deux jours l'un pendant la première quinzaine de chaque mois et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Après deux ans, on le donne de trois jours l'un pendant la première quinzaine, et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite (2).

Le bromure de potassium agit par le brome plutôt que par le potassium; c'est, d'après les expériences nombreuses qui ont été faites (3), un modérateur puissant de la force excito-motrice du bulbe; il diminue l'action réflexe. On a prétendu aussi, mais sans preuve certaine, qu'il produit la contraction des capillaires du cerveau. Son action sur le système nerveux n'est pas douteuse, mais est-ce réellement le spécifique de l'épilepsie ?

Ceux mêmes qui le prônent avec le plus de conviction sont obligés de reconnaître qu'il ne réussit pas toujours; et cela est si

(1) Gowers va même jusqu'à une once (31 gr.) qu'il donne en une fois tous les cinq jours (p. 406).

(2) *Pronostic et traitement de l'épilepsie*, 2e édit., 1873, p. 18.

(3) Notamment OTTO, *Arch. f. Psych.*, 1876.

vrai que, depuis que le bromure de potassium a été introduit dans la thérapeutique, on n'a pas cessé de lui chercher des équivalents : tous les bromures y ont passé, le bromure de sodium, d'ammonium, de zinc, d'arsenic, de nickel, de calcium ; il y a quelques jours à peine, l'Académie de médecine de Paris récompensait un travail sur le bromure d'or. Le bromure d'éthyle a été administré en inhalations, pendant un à deux mois, par Bourneville et d'Ollier. Bref, tous les bromures ont été expérimentés, mais c'est celui de potassium qui reste au premier rang. Dans quelques cas, on s'est bien trouvé de l'association de plusieurs bromures. Ball recommande la médication du *trépied* (bromures de potassium, de sodium et d'ammonium), et ce mélange aurait guéri une épilepsie rebelle au bromure de potassium seul.

Il faut dire aussi que beaucoup de médecins associent au bromure de potassium d'autres médicaments actifs, tels que l'arsenic, la belladone, etc. Gowers recommande vivement ces mélanges, qu'il considère comme plus efficaces que l'administration séparée de chaque substance en particulier.

S'il est incontestable que le traitement par les bromures, devenu le traitement classique de l'épilepsie, est celui qui donne les meilleurs résultats, il faut convenir cependant qu'il n'est pas sans inconvénients, ni même sans dangers.

Il rend l'haleine fétide, trouble les digestions, diminue les aptitudes génésiques, produit un état d'engourdissement et de torpeur de l'intelligence. Souvent il met le malade dans un état d'irascibilité qui rend son commerce insupportable. Legrand du Saulle raconte quelque part qu'une jeune femme, délivrée de ses attaques par l'emploi prolongé du bromure, était devenue tellement difficile pour son entourage, que le mari, à bout de patience, appelait de tous ses vœux la réapparition des crises, qui servaient de détente.

On a prétendu aussi qu'en supprimant les attaques, le bromure détermine souvent des accès de manie ou de fureur.

L'*acné* bromique est une éruption qui signale presque toujours le début du traitement (1) ; elle se montre principalement à la face, au front, quelquefois à la poitrine et aux membres.

Enfin, on a décrit un véritable empoisonnement par le brome,

(1) Gowers croit qu'on l'évite en associant au bromure l'arsenic.

tantôt sous forme de *bromisme aigu*, qui est caractérisé par une sorte d'ivresse, et qui se dissipe rapidement lorsqu'on supprime le médicament, tantôt sous forme de *bromisme chronique*; c'est alors une véritable cachexie. Le malade est pâle, amaigri, la bouche est sèche, l'haleine d'une fétidité insupportable; l'appétit a disparu; il existe un état habituel de torpeur, d'hébétude; l'intelligence est profondément troublée; l'acné est confluente et couvre le visage et la poitrine. Quand alors l'emploi du bromure n'est pas immédiatement suspendu, on risque de voir apparaître des accidents graves et même mortels, précédés, d'après Voisin, de symptômes de délire analogues à ceux de la paralysie générale.

Malgré ces inconvénients, le bromure de potassium reste, pour la plupart des médecins, « un médicament merveilleux » (Burlureaux); je serais donc mal venu de jeter une note discordante dans le concert d'éloges qu'il est convenu de lui prodiguer. Et cependant — est-ce ma faute, ou ne suis-je tombé que sur de mauvaises séries ? — je suis obligé d'avouer que j'ai eu bien rarement à me louer de l'emploi de ce médicament. Il ne m'a pas fait guérir, ni même améliorer un seul épileptique, ce qui peut s'expliquer par ce fait qu'on ne place dans les services comme le mien que les malades les plus gravement atteints. Mais, de plus, les épileptiques que l'on m'amène ont été tous ou presque tous saturés de bromure pendant des années ; non seulement ils n'ont pas guéri, mais leur état s'est aggravé au point qu'il a fallu les enfermer; et ils arrivent avec tous les signes de la cachexie bromique.

Je me rappelle un malheureux jeune homme, âgé de 21 ans, mais en paraissant 15 à peine, épileptique depuis l'âge de 4 ans, et, depuis des années, gorgé de bromure, d'après la méthode de Legrand du Saulle. Le pauvre enfant était dans un état de profonde cachexie, absolument hébété, l'haleine fétide; il avait la face, le cou, la poitrine couverts d'une acné confluente; les attaques n'avaient pas diminué de fréquence. Après un mois d'un traitement tonique et réconfortant, j'avais le plaisir de constater une amélioration marquée; l'acné avait presque disparu, l'appétit était revenu A ce moment, il fut retiré par sa famille.

Et combien d'autres pourrais-je citer chez lesquels le bromisme sans doute était moins grave, mais qui, au point de vue de leur mal, en avaient retiré aussi peu de profit !

Quelle que soit d'ailleurs la médication employée, il va sans dire qu'elle doit être aidée par une bonne hygiène, générale et cérébrale. Tous les auteurs, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, ont insisté sur ce point, et quelques-uns sont entrés dans des détails minutieux relativement au régime, aux exercices, aux vêtements. Galien proscrit le vin aux épileptiques; Tissot recommande la sobriété et, autant que possible, une alimentation végétale. Quelques médecins, tels que Cheyne, Chrétien, auraient obtenu des guérisons par l'usage exclusif du lait. En quoi tout le monde s'accorde, c'est que l'épileptique doit se montrer *continent*, n'user du coït qu'avec modération : quelques-uns voudraient même une continence absolue.

Je pense qu'en pareille matière il est impossible de tracer des règles précises; il convient de choisir, dans chaque cas particulier, l'hygiène la mieux appropriée; et, tant sous le rapport des aliments que sous tous les autres, ce qui convient à l'un ne doit pas nécessairement convenir aux autres (1).

On a recommandé les changements d'air, les voyages, mais sans qu'on puisse leur attribuer une influence bien évidente. Les exercices physiques, la vie au grand air, la gymnastique peuvent avoir de bons effets, comme en général tout ce qui facilite le jeu normal des fonctions. Ferrus prescrivait les travaux horticoles et agricoles, et il a obtenu ainsi plusieurs guérisons remarquables, celle entre autre d'un officier de marine, qui, obligé par suite de son épilepsie de quitter sa profession, entra, sur le conseil de Ferrus, à la ferme de Grignon, où il resta plus d'un an exclusivement adonné aux travaux agricoles, et qui fut ainsi délivré de son mal.

Est-il besoin d'ajouter que les épileptiques doivent être traités avec douceur, avec indulgence, et cependant avec fermeté? Ce sont là des prescriptions générales, qui s'appliquent, non pas spécialement aux épileptiques, mais à tous les déshérités.

Il me reste à dire quelques mots du *traitement de l'attaque*, si

(1) C'est ce qu'on peut dire de l'*hydrothérapie*, qui ne réussit pas à tous les épileptiques. Je n'ai pas parlé de l'*électricité*, qui n'a pas encore donné de résultat sérieux, et encore moins de la thérapeutique *suggestive*, qui ne pouvait manquer d'être employée après les retentissants travaux de ces dernières années. J'ai peine à croire que la *suggestion* puisse enrayer une attaque épileptique. Son triomphe est l'hystérie; je crains qu'elle ne soit obligée de s'en contenter.

l'on peut appliquer ce terme aux mesures de précaution qu'il sera nécessaire de prendre. Il est clair que lorsqu'un épileptique tombe en convulsion, il faut éviter qu'il ne se blesse, desserrer sa cravate pour faciliter la respiration, etc. Mais l'expérience prouve que, malgré l'apparence inquiétante des symptômes, tout rentre bientôt dans l'ordre, et le plus sage est de s'abstenir de toute intervention active. Je ne comprends pas comment des vues théoriques ont pu donner à un médecin de la valeur de Marshall-Hall l'idée véritablement extraordinaire de proposer la trachéotomie pour empêcher l'épileptique d'étouffer pendant l'attaque (comme si cela arrivait!) et, ce qui me confond davantage, c'est qu'il ait osé la pratiquer!

Dans certains cas, quand l'accès débute par une *aura* périphérique, on peut l'empêcher d'éclater. Ce sont surtout les attaques qui commencent par une *aura* périphérique unilatérale, spécialement quand celle-ci part de la main ou du pied, qui peuvent être enrayées, et le mode le plus ordinaire d'obtenir l'arrêt consiste à appliquer une ligature serrée autour du membre au-dessus de la partie qui entre la première en convulsion. On trouve déjà ce procédé décrit dans Galien : parlant d'un garçon de 13 ans, chez lequel l'épilepsie partait des jambes, il raconte que les médecins avaient lié le membre au-dessus du point primitivement affecté, et qu'ils prévinrent ainsi le retour de l'accès qui avait lieu chaque jour (1).

La flexion exagérée de l'un des deux orteils (Brown-Sequard), des frictions énergiques, la compression simultanée des régions temporale et sous-occipitale ont également réussi dans quelques cas. Au lieu d'un simple lien autour du bras dans lequel se manifestait l'*aura*, Buzzard a fait dans quatre cas l'application d'une bande circulaire de vésicatoire (2). Vallender faisait pendant l'*aura* une injection d'apomorphine, et il arrêtait ainsi les attaques. On a proposé également l'application de la glace sur la colonne vertébrale ou sur la région précordiale (Bourneville et Charcot). Enfin, quelques malades, sentant venir leur accès, peuvent l'arrêter en inspirant du nitrite d'amyle : Gowers en cite un curieux exemple.

(1) *De locis affectis*, chap. XI, trad. Daremberg.

(2) *Congrès de l'Association médicale britannique*. Cambridge, 1880, 18 août.

Il ne faudrait pas croire, comme le pensait Pélops, le maître de Galien, et comme on l'a répété depuis avec toutes les variantes imaginables, que la méthode dont je viens de parler enraye l'attaque parce qu'elle empêche l'ascension vers le cerveau d'une *vapeur* (1) quelconque. Elle est également efficace dans les convulsions dues aux maladies organiques du cerveau. Comme le dit Brown-Sequard, « cette ligature agit, non pas en empêchant une prétendue irritation de se propager de l'extrémité du membre au centre cérébro-rachidien, mais en produisant une irritation qui se transmet au centre nerveux et y modifie cet état morbide, qui, après avoir donné origine à l'*aura*, aurait causé les autres phénomènes de l'attaque, si la ligature n'avait été appliquée (2).

J'arrête ici cette longue énumération, fatalement incomplète. Je voudrais qu'en traitant les épileptiques on s'inspirât sans doute du vieil adage : *Melius est anceps remedium, quam nullum*, mais qu'on y joignît toujours le corollaire : *Primo non nocere*.

Médecine légale.

Les questions de médecine légale qui peuvent se présenter à l'occasion de l'épilepsie sont des plus importantes et des plus complexes. Dans les limites que je me suis tracées, je ne saurais évidemment les traiter avec tous les développements qu'elles comportent : du moins il convient de préciser les problèmes que l'on est à tout moment appelé à résoudre.

La première question qui se pose est celle de l'*assistance* à donner aux épileptiques.

A en croire certains auteurs, le sort des épileptiques est profondément triste : suivant Legrand du Saulle, il faut obtenir « que les épileptiques inspirent désormais à leur entourage moins de désaffection, de dégoût, de honte et de terreur ; qu'ils ne se fassent plus autant haïr et craindre ; qu'ils puissent davantage encore vivre en liberté ; qu'ils ne soient plus, enfin, les parias de l'humanité. »

Burlureaux dit aussi que « la situation d'un épileptique dans

(1) Aujourd'hui nous disons *irritation*.

(2) *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1868, t. I, p. 318.

notre société actuelle est vraiment lamentable. Malheur à celui qui ne possède pas de fortune personnelle, etc. »

Il y a là une exagération évidente et un sentimentalisme hors de propos. Que les épileptiques soient à plaindre, que leur mal soit affreux, personne ne dira le contraire. Mais, véritablement, sous le rapport social, les épileptiques ne sont pas plus mal partagés que tous les autres infirmes. Qu'il y en ait dans le nombre que leurs familles négligent, abandonnent, ou même repoussent: hélas! cela n'est pas douteux. Mais où Legrand du Saulle a-t-il donc vu « qu'on les laisse vivre et mourir dans l'abandon? qu'on fasse le vide autour d'eux? que le dévouement médical même ne leur soit pas toujours resté? »

J'ai toujours vu, quant à moi, que les familles, assez malheureuses pour compter un épileptique dans leur sein, riches ou pauvres, n'ont jamais cessé de les entourer de la sollicitude la plus touchante, de la vigilance la plus infatigable. Elles n'ont reculé devant aucun sacrifice pour obtenir la guérison; elles ont essayé de tous les traitements et, quand elles sont obligées de se séparer de leur malade, on peut être certain qu'elles ont épuisé tous les autres moyens dont elles pouvaient attendre quelque soulagement; qu'elles ont supporté, tant que cela a été humainement possible, et le mauvais caractère, et les accès de fureur, et les dangers, et les craintes renaissant à chaque nouvelle crise. Et, ce qui reste leur vœu le plus ardent, c'est que le malade présente bientôt une amélioration assez marquée pour qu'elles puissent le reprendre. Voilà ce que j'ai constaté, non pas une fois, mais cent fois, et, comme j'imagine que les malades que je vois et leurs familles ne diffèrent pas des malades et des familles que l'on voit partout ailleurs, je demeure convaincu que les épileptiques ne sont pas aussi déshérités qu'on veut bien nous le dire.

La meilleure preuve n'en est-elle pas d'ailleurs dans ce fait que (c'est Legrand du Saulle lui-même qui donne ce chiffre) 36,000 sur 40,000, c'est-à-dire les neuf dixièmes, vivent en liberté? Or, comme il doit y avoir des pauvres parmi eux, il faut bien admettre qu'ils subviennent à leurs besoins par le travail, ou que la charité publique leur vient en aide. Il n'est pas douteux non plus qu'un grand nombre d'épileptiques occupent des fonctions, des emplois, dont personne ne songe à les déposséder tant qu'ils sont capables de les remplir.

La grande question sur laquelle on discute depuis de longues années, non seulement en France, mais en Belgique, en Allemagne, etc., est celle de savoir s'il faut pour les épileptiques des asiles spéciaux (1). Jusqu'à présent (je ne parle que de la France), les épileptiques qui avaient besoin de soins particuliers étaient reçus dans les hôpitaux ordinaires, et, quand ils étaient aliénés, dans les asiles d'aliénés. Pour ma part, je ne puis y voir aucun inconvénient. Les épileptiques aliénés que j'ai dans mes salles ne donnent ni plus ni moins de peine que les autres malades. Ils ne sont ni un « objet de dégoût », ni un « objet de terreur ». Leurs compagnons les considèrent, au contraire, comme particulièrement dignes de pitié, et font ce qu'ils peuvent pour leur venir en aide.

Que gagnera-t-on à avoir un asile spécial dans lequel il n'y ait que des épileptiques? Si c'est un simple hôpital de traitement, les malades y viendront pour se faire traiter; ils y resteront tant qu'il leur conviendra, et en sortiront quand il leur plaira. En quoi la sécurité sociale sera-t-elle augmentée? D'autant plus que, s'il faut en croire Legrand du Saulle, « tout épileptique soumis à un traitement bromuré continu est inoffensif ». Or, on peut gorger de bromure un épileptique vivant en liberté dans sa famille : l'enfermer est inutile.

Sont-ce, au contraire, des épileptiques aliénés, par suite dangereux, il n'y a aucun inconvénient à les mettre dans les asiles d'aliénés; on pourra les y traiter et les occuper aux travaux dont ils sont capables. On peut citer comme modèle le quartier des épileptiques de Bicêtre, où M. Bourneville a su obtenir des résultats si remarquables.

Que l'on crée des hôpitaux spéciaux pour les épileptiques, dans lesquels on trouve réunies toutes les ressources imaginées pour la guérison ou le soulagement du mal, comme on a créé des hôpitaux pour les phtisiques, ou des sanatoria pour les scrofuleux, ce serait là assurément un progrès auquel tout le monde applaudirait. Les familles riches ou aisées y enverraient leurs malades; la

(1) Il existe quelques-uns de ces asiles spéciaux. En France nous avons celui de la Teppe, près de Tain, dû, si je ne me trompe, à la charité privée. En Allemagne il y en a plusieurs, sous forme de colonies agricoles, par exemple la colonie de Bielefeld, en Westphalie; une autre à Stetten, dans le Wurtemberg; la Prusse, la Saxe en possèdent également.

charité publique en faciliterait l'accès aux pauvres. Mais ces hôpitaux ne serviraient évidemment que pour les épileptiques non aliénés. Pour ceux, au contraire, auxquels serait nécessaire une séquestration continue, nos asiles d'aliénés suffisent.

Si, pour l'assistance à donner aux épileptiques, nous nous trouvons en présence d'opinions divergentes, le problème devient encore bien plus complexe quand il s'agit de la médecine légale proprement dite. Je vais examiner rapidement les questions qui peuvent se présenter.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un crime ou d'un délit commis par un épileptique, la question se pose aussitôt de savoir s'il doit être réputé *responsable*. Mais c'est là un problème auquel on ne saurait donner une solution générale. Il y a des épileptiques qui sont responsables de ce qu'ils font ; il en est d'autres qui ne le sont à aucun degré. Bien plus, le même épileptique doit être considéré comme responsable d'actes accomplis dans certaines circonstances, tandis que, dans d'autres conditions déterminées, il ne saurait l'être à aucun degré. Tout ici est question d'espèce ; chaque cas demande à être interprété, non pas d'après une formule générale, mais suivant les éléments intrinsèques de son apparition.

Prenons d'abord les actes accomplis dans la *période de l'accès*.

Tous les épileptiques, ceux mêmes dont l'intelligence n'a subi aucune atteinte, passent, au moment de leurs crises, par une période d'une durée variable, pendant laquelle ils ne peuvent ni régler leurs actes, ni en apprécier la gravité. C'est comme un accès d'ivresse passagère. C'est précisément pendant cette période d'obnubilation que le malade est entraîné par ses impulsions soudaines, qu'il se laisse aller à des actes de violence et de fureur, dont il n'a pas conscience. C'est aussi dans cette période qu'il commet les actes que j'ai décrits aux *Vertiges*, qui font de lui comme un somnambule. Or, il est à noter que, pris en eux-mêmes, ces actes, qui se rapportent exclusivement à ceux de la vie habituelle, n'ont généralement rien de répréhensible : ils ne deviennent délictueux qu'en raison des circonstances où ils se produisent, et ils ne peuvent se produire que parce que le malade est inconscient. Il y a toujours, au moment de l'accès, une période pré- et post-épileptique pendant laquelle l'intelligence est profondément troublée.

Déjà Zacchias avait noté cette particularité; il voulait que, dans les trois jours qui précèdent ou suivent l'accès épileptique, le malade fût déclaré irresponsable. L'idée de Zacchias est juste; mais la délimitation qu'il propose est purement arbitraire : il n'y a pas plus lieu de fixer une limite de trois jours que d'en fixer une de trois heures; elle varie d'un individu à l'autre. De quelques instants chez l'un, elle peut être chez un autre de quelques jours, jusqu'à dix jours et même davantage. Burlureaux raconte l'histoire d'un officier marié, épileptique depuis de longues années, qui, à un moment donné, disparut, emportant une forte somme d'argent. Ce n'est qu'après de longues recherches qu'il fut retrouvé à Londres, au bout de trois mois. Il fallut toute l'autorité de Legrand du Saulle pour faire admettre par le conseil de guerre l'irresponsabilité de ce déserteur. Le malade était absolument incapable de dire ce qu'il avait fait en Angleterre : « C'est, disait-il, comme un feuillet arraché au livre de ma vie. » Il serait intéressant de savoir quelle a été la fin pathologique de cet officier.

D'une façon générale, on peut dire que les actes commis pendant la période de l'accès n'engagent jamais que la responsabilité pénale : il s'agit de crimes ou de délits, jamais d'actes qui pourraient entraîner la responsabilité civile, tels que testaments, donations, etc. Il faut ajouter aussi que le problème médico-légal est relativement facile : l'expert a, pour se guider, l'ictus épileptique.

Au contraire, la question peut devenir beaucoup plus délicate et plus difficile quand il s'agit d'apprécier les actes des épileptiques dans *l'intervalle des attaques*.

Il est des épileptiques qui, dans cette période, ne présentent aucun trouble mental : leur jugement est sain, leur conduite régulière, leur moralité irréprochable. Aussi leur responsabilité doit-elle être entière, et leur capacité civile ne souffre aucune restriction.

Il en est d'autres chez lesquels leur mal détermine une bizarrerie de caractère, une inégalité d'humeur, une irritabilité excessive; ils ont ce que l'on appelle le *caractère épileptique;* mais leur intelligence n'est pas altérée et l'on ne saurait, pas plus que les précédents, les exonérer de toute responsabilité. Peut-être trouverait-on chez eux des motifs d'atténuation de la responsabilité, mais on ne saurait aller au delà.

Chez quelques-uns l'épilepsie se complique d'une aliénation mentale qui persiste dans l'intervalle des attaques : ce sont des aliénés; il n'y a qu'à leur appliquer les règles que l'on applique aux autres cas de folie (1).

Enfin il y a toute la catégorie de ceux chez lesquels l'épilepsie s'accompagne d'idiotie : il est clair que pour eux on ne saurait admettre aucun degré de responsabilité, ni de capacité civile.

Mais n'est-il pas évident que l'on ne saurait établir aucune règle générale? Que chaque cas doit être étudié à part et demande une enquête spéciale?

Dans ce qui précède, je me suis placé au point de vue de l'individu connu comme épileptique : la tâche du médecin est alors d'apprécier l'influence que le mal épileptique a pu exercer, et dans quelle mesure il est intervenu.

Mais le problème peut être tout différent : un homme, qui n'est pas connu comme aliéné, commet tout d'un coup un crime inexplicable, d'une façon en quelque sorte instinctive. Le médecin légiste doit alors toujours penser à l'épilepsie, et diriger ses recherches dans ce sens : « Des actes commis sans motif, sans but, d'une façon inconsidérée, soudaine, tumultueuse, des explosions de rage furieuse et qui ne connaît pas de bornes, sont le fait du délire épileptique. La soudaineté de l'explosion et de la cessation de l'accès, le chaos tumultueux des idées et des hallucinations effrayantes, la suppression de la conscience qui est plongée dans un état de rêve profond, auquel correspond le mécanisme de l'acte, une énorme réaction de mouvement contre les idées de rêve effrayantes qui dominent l'individu, pouvant aller jusqu'à l'explosion d'un désespoir profond et d'une fureur sauvage, enfin une amnésie complète, ou tout au plus un souvenir sommaire de ce qui s'est passé pendant l'accès ; tels sont les signes caractéristiques du paroxysme (2).

Ce n'est jamais, en dernière analyse, qu'une question de diagnostic médical ; on y arrive non seulement en constatant les signes que je viens d'énumérer d'après Krafft-Eling, mais en éliminant les affections dans lesquelles on peut observer des états analogues, par exemple l'alcoolisme, etc.

(1) J'ai cité plus haut l'exemple de Cel..., l'épileptique aliéné qui a tué son médecin.

(2) Krafft-Ebing, in *Annales médico-psychologiques*, 1870, t. I, p. 403.

Il ne faut pas oublier non plus que tous les symptômes n'acquièrent leur signification véritable que lorsqu'on peut les rattacher avec certitude à des accès épileptiques, complets ou incomplets.

Ceci m'amène à dire un mot encore de l'*épilepsie larvée,* à laquelle certains auteurs, et notamment Legrand du Saulle, ont fait jouer en médecine légale un rôle exagéré et injustifié. Comme le dit fort bien Motet : « Quant à l'épilepsie larvée, je crois qu'on ne saurait être trop prudent, trop réservé, quand il s'agit de faire reposer sur des données vagues, incertaines, l'appréciation de la responsabilité ou de l'irresponsabilité d'un prévenu... Je ne consentirais jamais, pour ma part, à formuler des conclusions, s'il me restait quelque incertitude dans l'esprit : je suspendrais mon jugement jusqu'au jour où j'aurais pu constater moi-même les troubles vertigineux ou intellectuels, que j'aurais pu soupçonner peut-être, mais qui ne m'auraient pas été directement démontrés » (1).

Je serai encore plus catégorique, et je dirai que l'expert ne peut et ne doit invoquer l'épilepsie *larvée* que lorsqu'il s'est convaincu qu'il y a épilepsie *méconnue.*

Pour terminer, je dirai encore un mot du *mariage* des épileptiques.

On peut, au point de vue social, au point de vue sentimental, médical même, déplorer que les épileptiques se marient. Mais peut-on les en empêcher?

Je suppose, pour un moment, que la loi leur interdise le mariage : il faudra donc, quand un jeune homme et une jeune fille se présenteront devant l'officier de l'état civil, que celui-ci sache si l'un des futurs conjoints est ou non atteint d'épilepsie. Or, qui le lui dira? Ce ne sera ni le malade, ni la famille qui aura fait, au contraire, l'impossible pour cacher sa misère, encore moins le médecin qui ne trahira pas le secret professionnel. Première difficulté à laquelle je ne vois guère de remède.

Seconde difficulté : que fera-t-on à ces malades qui sont réellement épileptiques sans le savoir, qui s'imaginent qu'ils n'ont qu'une affection nerveuse à laquelle le mariage portera remède?

Enfin, si l'on interdit aux épileptiques le mariage légal, leur

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale,* octobre 1875, p. 426.

défendra-t-on aussi le concubinage? Et si l'on ne veut pas qu'ils aient des enfants légitimes, a-t-on un moyen de les empêcher de procréer des enfants naturels?

Toute disposition législative me paraît vaine : nous voyons des mariages d'épileptiques jusque dans les familles les plus élevées. Et je ne sache pas que ces mariages soient plus malheureux ou donnent de plus mauvais résultats que beaucoup d'autres.

Ce que peut faire le médecin, c'est de conseiller le célibat à ses clients épileptiques ; il ne sera pas toujours écouté, mais du moins il aura fait son devoir, car il est clair que la cohabitation avec un épileptique offre des inconvénients graves et même des dangers.

Où je voudrais que la loi intervienne, c'est quand il s'agit d'un mariage dans lequel l'un des deux conjoints a *dissimulé* l'infirmité dont il est atteint : ce devrait être un cas d'annulation du mariage. En dehors de ce cas, je ne vois réellement pas ce que la loi pourrait faire.

TABLE DES MATIÈRES.